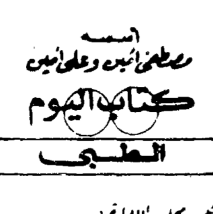




الجهاز الهضمى ومعجزة المناظير

دكتور مصطفى المنيلاوى



رئيس مجلس الإدارة:
موسى صبري

نائب رئيس التحرير:
عبد العزيز عبد العليم

مدير التحرير:
حسين قزيد

العدد	ربيع الآخر	١٤٠٥
٣٤	١٥ يناير	١٩٨٥
	كانون الثاني	

الصحافة ت ٧٥٨٨٨٨ عشرة خطوط
تلكس دولي ٩٢٢١٥ - محلي ٩٢٢٨٢

الاشتراكات

جمهورية مصر العربية:
قيمة الاشتراك السنوي ٦ جنيه مصري

البريد الجوي

دول اتحاد البريد العربي والأفريقي: ١٥ جنيه مصري — ١٣ دولاراً أمريكياً أو ما يعادله

باقي دول العالم (أوربا والأمريكتين وآسيا واستراليا): ٢٠ جنيه مصري — ١٨ دولاراً أمريكياً أو ما يعادله

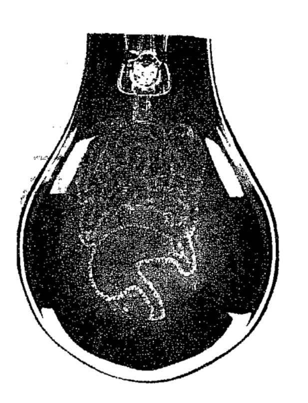
- ويمكن قبول نصف القيمة عن ستة شهور
- ترسل القيمة إلى الاشتراكات ٣ ش الصحافة ٧٤ (٥ خطوط)

أسعار كتاب اليوم في الخارج

المغرب	١٢٥٠ فرنك
لبنان	٦٠٠ ق.ل
الأردن	٦٠٠ فلس
العراق	٦٠٠ فلس
الكويت	٧٠٠ فلس
السنغال	٦٠٠ فرنك
هولندا	٥ فلورين
انجلترا	١٠٠ بنى
فرنسا	١٠ فرنك
ألمانيا	٥ مارك
إيطاليا	٢٠٠٠ ليرة
باكستان	٣٥ روبيه
سويسرا	٤ فرنك
اليونان	١٠٠ دراخمة
النمسا	٤٠ شلن
الدنمارك	١٥ كرونات
السويد	١٥ كرون
الهند	٣٥٠ ستا
كندا/أمريكا	٣٠٠ سنت
البرازيل	٤٠٠ كروزيرو
نيويورك/واشنطن	٣٥٠ سنتا
لوس انجلوس	٤٠٠ سنت
استراليا	٤٠٠ سنت

دكتور مصطفى المنيلاوى
أستاذ الجهاز الهضمى

الجهاز الهضمى تحت الأضواء ومعجزة عصر المناظير الضوئية





سكرتير تحرير تنفيذى
محمد عفت
وبعض الرسوم الداخلية



مؤلف هذا الكتاب

دكتور مصطفى المنيلاوى

● أول من انشا وحدة متكاملة للمناظير الضوئية منذ ١٤ عاما فى مصر والعالم العربى .

● أول من أدخل اسلوب المنظار العلاجى فى مصر والعالم العربى مواكبا فى ذلك المراكز الطبية الأجنبية المتخصصة .

● عين استاذا للأمراض الباطنة بالأكاديمية الطبية العسكرية وعمل رئيسا لقسم الجهاز الهضمى بمستشفى القوات المسلحة بالمعادى ووصل الى رتبة لواء طبيب بالقوات المسلحة .

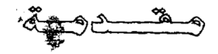
● يعمل حاليا رئيسا لقسم الجهاز الهضمى بمستشفى مصر الدولى ومستشار امراض الجهاز الهضمى لمستشفى الشرطة ولمستشفى الهيئة العربية للتصنيع .

● عضو بالجمعية الطبية المصرية لأمراض الجهاز الهضمى وأمراض الكبد وجمعية اصدقاء امراض الكبد بالوطن العربى وعضو فى جمعيات طبية أجنبية عديدة وحاصل على زمالة كلية الأطباءء ملكية بانجلترا .

● نشر ابحاث طبية كثيرة وشارك واشرف على مؤتمرات طبية عديدة فى الداخل والخارج .

● قام بالتدريس وتدريب الكثير من الأطباء المصريين والأطباء من الدول العربية وأشرف على انشاء وحدات لأمراض الجهاز الهضمى والمناظير الضوئية فى مستشفياتنا وجامعاتنا .

● الطبيب الشخصى لعدد من الرؤساء والامراء العرب ، ويحمل ارفع الأوسمة والنياشين من البلاد الصديقة .



مما هو معروف أن الكتابة العلمية أو الطبية عادة ما تكون بالنسبة للقارىء العادى جافة وصعبة على الفهم ، فهى ليست قصة أو رواية تحكى . يستطيع الكاتب من خلال سطورها أن يشوق القارىء ، وينقل إليه فكرة معينة أو يبرز وجهة نظر محددة .

ولهذا أصبحت الآن الكتابة العلمية الحديثة الناجحة ، تعتمد أصلا على كيفية عرض المادة العلمية بطريقة مبسطة وشاملة ، فيها من عناصر التشويق والتبسيط ما يتيح للقارىء العادى وحتى المتخصص فهم ، أصعب الموضوعات العلمية تعقيدا .

ولما كانت أمراض الجهاز الهضمى فى منطقتنا من أكثر الأمراض انتشارا بين مواطنينا ، فقد جعلها هذا فى موضع الصدارة من حيث الأهمية بالنسبة لدور الأعلام الطبى السليم ، الأمر الذى يقتضى توضيح أسباب هذه الأمراض ، وكيفية الوقاية منها ، ووسائل تشخيصها وعلاجها .

وقد شهد الطب خلال السنوات الأخيرة تطورا علميا وتكنولوجيا هائلا فى وسائل التشخيص والعلاج ، مما أصبح لزاما علينا جميعا أن نعرف مرضانا ومواطنينا بالشرح العلمى المبسط ، أهمية هذه الوسائل المستحدثة ، ودورها الرائد فى الكشف المبكر عن طبيعة هذه الأمراض والعلاج على ضوئها ، حتى يكونوا على دراية بكل ما هو جديد مما يساعدهم على فهم وتقبل هذه الوسائل الحديثة ، فيعود عليهم وعلى مجتمعنا بالنفع والصحة .

وهذا ما دعانى الى الكتابة عن أمراض الجهاز الهضمى وما هو جديد فيها مع التركيز على المناظير الضوئية ودورها الخطير فى التشخيص والعلاج ، واضعا نصب عينى الأهداف التى أشرت اليها ، حتى يكون هذا الكتاب إضافة جديدة للقارىء فى هذا المجال . وأدعو الله أن يوفقنى الى ذلك .

* المحتـويات *

ص

— مؤلف هذا الكتاب ٣

— مقــدمــة ٤

* الجزء الأول *

— الفصل الأول : الجهاز الهضمى . . لماذا ؟ ٩

الجهاز الهضمى وسر الحياة . ايها الانسان انت لست شجرة

— الفصل الثانى : وجبة طعام تتكلم ١٥

انت تنطق بلعابك . اللعاب احسن معجون اسنان ـ المعدة فم كبير

بلا اسنان . المعدة لا تاكل نفسها . نهاية سعيدة لوجبة طعام

— الفصل الثالث : البطن يكشف عن خباياه ! ٢٣

محتويات التجويف البطنى . الغشاء البريتونى هلم للغاية . البطن

والجهاز الدورى والعصبى . خبايا البطن وسوء الهضم

— الفصل الرابع : التفسير العلمى لألم البطن ٣١

* الألم السطحى والألم العميق ـ الغشاء البريتونى وألم البطن الحاد

— الفصل الخامس : هل تشكو . . من الغازات والانتفاخ ؟ ٣٧

* كيف تتكون الغازات ؟ . بلع الهواء هواية ضارة . هذه الأطعمة تسبب الانتفاخ

— الفصل السادس : هل تشكو . . من الغثيان والقيىء ؟ ٤٣

* الجهاز العصبى هو السبب . اعراض كثيرة تصاحب القيىء .

امراض مختلفة تسبب القيىء

— الفصل السابع : الحموضة والحرقان ٤٩

البطارية الجافة والمعدة والحامض ـ فتق الحجاب الحاجز ليس سبب الحموضة ـ

العلاج الجراحى لفتح الحجاب الحاجز

— الفصل الثامن : الامساك والاسهال ٥٧

* القولون ليس سلة مهملات . وهكذا يحدث الامسال . .

كيف يحدث الاسهال ؟ . من ياكل معى الخبز الأسمر :

* الجــزء الثانى *

— الفصل التاسع : عصر المناظير الضوئية ٦٥

المصباح الكهربى والالياف الضوئية . لا تخشى الفحص بالمنظار . لماذا نحتاج للفحص بالمنظار ؟ . امراض الجهاز الهضمى من خلال المنظار

— الفصل العاشر : الدم الأسود . . ونزيف الجهاز الهمضى الحاد ٧٧

علاج سريع من الصدمة . نصف كوب من الدم تكفى وأسباب النزيف من خلال المنظار . دوالى . المرىء بالمنظار . المنظار والكى الضوئى والكهربى

* الجــزء الثالث *

* الفصل الحادى عشر : القرح الهضمية : .
قرحة المعدة والأثنى عشر ٨٩

* لماذا المنظار . . لتشخيص القرحة ـ ثلاثة اعراض للقرحة ـ الحموضة ليست من أعراض القرحة ـ عوامل تصاحب القرحة ـ أحدث علاج للقرحة ـ مريض القرحة ماذا ياكل ؟

— الفصل الثانى عشر : الحصوات المرارية والمنظار ١٠٣

* الخزان النشط . . محتويات سائل الصفرا . كيف تتكون هذه الحصوات . كيف تتجنبى يا سيدتى هذه الحصوات . المنظار والصفراء الانسدادية . استخراج الحصوات بالمنظار

— الفصل الثالث عشر : أيها الكبد العظيم : كيف تمرض ؟ ١١٩

* ألكبد اكبر مصنع كيميائى . لكى يقوم الكبد بوظائفه . تعدد امراض الكبد . أسباب التهاب الكبد المزمن ـ العلاقة الوثيقة بين الفيروسات وتليف الكبد ـ ما يجب أن تعرفه عن تليف الكبد ـ فحص الكبد بمنظار البطن

* الفصل الرابع عشر : أمراض القولون ١٣١

* الأعراض الأربعة لمرض القولون العصبى . المتهم البرىء . الزوائد القولونية والنزيف الشرجى . منظار القولون علاج لنزيف الزوائد . الزوائد الغددية خطرة .

الخــاتمــة ١٤٤

رقم الايداع بدار الكتب والوثائق القوميه ٨٤/٧٤٢٨

الترقيم الدولى ١ ـ ٠٩٥ ـ ١٢٤ ـ ٩٧٧ ـ ISBN

● الجـــزء الأول ●

● الفصـــــل الأول :

الجهاز الهضمى . . لمـــاذا؟

● الفصـــــل الثانى :

وجبـــة طعـــام تتكلم ! . .

● الفصـــــل الثالث :

البطن يكشف عن خبـاياه !

● الفصـــــل الرابع :

التفسير العلمى لألم البطن

● الفصـــــل الخامس :

هل تشكو من الغازات والانتفاخ !

● الفصـــــل السادس :

هل تشكو من الغثيان والقيىء ؟

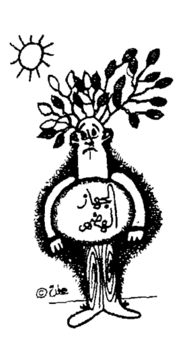
● الفصـــــل السابع :

الحمـــوضة والحــــرقان . .

● الفصـــــل الثامن :

الإمســاك والإسهـــال . .

● الفصل الأول ●



الجهاز الهضمى .. لماذا ؟!

● الجهاز الهضمى وسر الحياة .
● أيها الانسان أنت لست شجرة .

هل دار بخيالك فى يوم من الأيام أن تعيش بدون « جهاز هضمى » فى جسمك ، وهل فكرت فى لحظة من اللحظات لماذا تأكل ولماذا تشرب ؟ . . .

قد تبدو هذه الأسئلة ساذجة للغاية ، ولا تحتاج لتساؤل ، فأنت تشعر بالجوع والعطش ، ولذلك فأنك تأكل وتشرب . ولكن فى علم الحياة . . هذه الأسئلة البسيطة أستغرقت من العلماء تفكيرا وعملا متواصلا خلال قرون طويلة ، الى ان وصلوا الى اجابات محددة لها . فمن غير التفكير والتساؤل الذى يتبعه عمل وبحث وبدون اعمال الفكر والتامل فى أى أمر من الأمور ، يصعب استخلاص النتائج وايجاد الحلول . وهذه هى البداية الصحيحة لنتفهم سويا خصائص الجهاز الهضمى وبالتالى كيف تصيبه الأمراض ، وكيفية الكشف عنها ثم علاجها .

● الجهاز الهضمى وسر الحياة :

. منذ بدء الخليقة ومنذ أن وجدت الحياة على سطح الأرض ، فان ما يميزها عن الكواكب الأخرى هو وجود الحياة على كوكب الأرض . والحياة تعنى كائنا حيا نباتا كان أو حيوانا . والكائن الحى ليس جمادا كالمعادن أو الحجارة . فالكائن الحى له خصائص معروفة فانه يأكل ويتنفس ويتحرك وينمو ويتكاثر ويشعر أو يحس . . . وهذه هى خصائص الحياة أو وظائفها ، فالحياة وظيفة . . ونطلق عليها بالمصطلح العلمى « الوظائف الحيوية » . ولكى تتم كل هذه الوظائف الحيوية . فلابد من وجود الطاقة أو الغذاء . فلابد لك أيها الانسان ـ مثلك مثل اى كائن حى آخر ـ من الطعام الذى يتحول فى جسدك الى طاقة تعطيك القدرة على النمو والحركة والتفكير . . الخ . ولابد إذن من وجود « جهاز هضمى » تكون وظيفته الوحيدة هى استقبال الطعام وهضمه وتحضيره فى الشكل الذى يتناسب مع ملايين الملايين من الخلايا التى يتكون منها جسمك ، والتى عليه أن يمدها بالطاقة التى تحتاجها . وهو فى ذلك لا يتوقف أبدا عن العمل ، ولا تتوقف بالتالى خلاياك عن استخلاص الغذاء الذى تحتاجه . فان غاب الجهاز الهضمى أو توقف عن العمل ، فان الحياة نفسها تتوقف . . . ولعل الهضم أو التغذية هى أول وظيفة خلقت ، وتأتى فى المقام الأول بالنسبة للوظائف الأخرى مجتمعة . . . ولعل أقرب مثل لوظيفة الهضم والتغذية فى اى كائن حى هو مثال السيارة . . . فان بها موتورا وبطارية وعجلات وأنواراً ، ولكن تخيل أنه ليس بها بنزين (أو طاقة) فكيف تسير وتعمل أو كيف تؤدى وظيفتها ؟ .

ولا أستطيع أن أدلل بأكثر من هذا المثل على أن الجهاز الهضمى هو سر الحياة واستمرارها .

● أيها الانسان أنت لست شجرة

نعم أنت لست نباتا أو شجرة تحصل على غذائك بأن تجلس فى الشمس وتأخذ منها الطاقة بواسطة أوراقها الخضراء . . وتمتد جذورك الى باطن الأرض تمتص منها الماء والمعادن . . لتنمو وتزدهر وتثمر . . ولكن عليك أن تسعى الى طعامك وتتغذى على غيرك من الكائنات الحية نباتا كانت أو حيوانا فتلتهم من الطعام ما تشتهى . . ولكنك لا تعلم أن أغلب ما تأكله لا نفع له بالصورة التى تعد بها طعامك ، فلا وجبة دجاج أو لحم أو أكلة فول وطعمية تعنى شيئا لأى خلية من خلاياك مهما كانت جائعة أو شرهة . . فكان لابد لها من « جهازك الهضمى » ليقوم هو وحده باعداد مالذ وطاب بطريقته هو وليس بطريقتك أنت . . فتأخذ منه خلاياك ما تحبه وترضى عنه . . ويقوم بعد ذلك جهازك الهضمى أيضا باخراج كل النفايات وبقايا الطعام الذى لم ترض عنه خلاياك أو التى لم تكن فى حاجة اليه .

هذا باختصار شديد قصة الجهاز الهضمى فى جسدك من بدايته بالفم والأسنان ثم المرىء والمعدة والأمعاء الدقيقة والغليظة والمستقيم (أو ما نعنيه بكلمة القناة الهضمية) مع كل ملحقاته من الغدد التى تفرز الخمائر (أو الانزيمات) التى تفتت الطعام الى عناصره الأولية ، بداية من الغدد اللعابية وافرازات المعدة والأمعاء والبنكرياس ونهاية بافراز سائل الصفراء من الكبد .

....

وهذه هى معجزة الخالق جل جلاله فى مخلوقاته ، إذ جعل لكل شىء سببا ، وخلق الانسان أكثر هذه المخلوقات تطورا ، وجعل من أجهزة جسمه العديدة وحدة واحدة ، تقوم بوظائفها على أكمل وجه ، وتعمل فى تجانس وتوافق مذهل يفوق كل تصور أو خيال .

* * * * *

● الفصل الثانى ●

وجبة طعام تتكلم!



- أنت تنطق بلعابك!
- اللعاب أحسن معجون أسنان
- المعدة فم كبير بلا أسنان
- المعدة لا تأكل نفسها!
- نهاية سعيدة لوجبة طعام . .

لو كان لوجبة الطعام أن تتكلم لقالت: إنى الآن فى فمك من فضلك أمضغنى بأسنانك لاصبح قطعا صغيرة وإلا فكيف أدخل اليك وكيف تبتلعنى ؟ وإنى أريدك وأنت تطحننى بضروسك القوية أن اذوب فى فمك . . فعليك اذن بأن تعطينى لعابك.. وأعطنى إياه بكمية وفيرة . فهذا اللعاب هو السائل الذى يختلط بى ويذيبنى والذى يجعلك تتذوقنى بلسانك .

لا تتعجب فان حاسة التذوق موجودة فى اللسان وليست فى مكان آخر . فهو الذى يحتوى على نهايات الأعصاب التى تنقل هذا الاحساس الى مخك وبذلك تدرك هل مذاقى حلو أو مر حمضى أو مالح . حتى حاسة الشم فهى عامل مساعد مع تذوقك لمرارتى أو حلاوتى فهى التى تدلك ايضا على رائحتى وتزيد من إفراز لعابك فتعجب بمذاقى للغاية فتلتهم منى أكثر وأكثر وغددك اللعابية (وعددها ست غدد) تجدها موجودة تحت لسانك مباشرة أوتحت الفك السفلى ولها قنوات دقيقة تصب لعابك داخل تجويف فمك مباشرة وبه من الماء والمواد المخاطية والخمائر

(الانزيمات) ما يحول المواد النشوية التى أحتويها الى سكر . وهو ايضا يرطبنى ممايساعدك أثناء عملية البلع على أن تبتلعنى بسهولة . . وأنزلق برفق الى البلعوم ثم المرىء . لأدخل بعد ذلك مباشرة الى معدتك التى تفعل بى بعد ذلك ما تشاء .

....

وهذا هو تجويف الفم أول جزء من القناة الهضمية الذى يستقبل الطعام ويتكون من فك علوى وآخر سفلى. تحركهما عضلات الفك القوية- وهى أقوى عضلات الجسم ، وبكل فك منهما ستة عشر من الأسنان مابين قواطع وأنياب وضروس تقضم وتقطع وتطحن الطعام بقوة وبطريقة فعالة وسريعة . . فعليك بالله اذن أن تمضغنى ببطء الى أصغر قطع ممكنة . . واذا لم تفعل ذلك فإنى قد أصيبك بعسر الهضم . لأن قطع الطعام الكبيرة ليست سهلة الهضم .

....

● أنت تنطق بلعابك :

وقد تندهش أيها القارىء لوعلمت أن إفراز الغدد اللعابية يصل الى حوالى لتر ونصف لتر يوميا . وهو الذى يجعل تجويف الفم بما يحتوى من الشفاه واللسان والجزء الداخلى من الوجنتين دائما رطبا ومبللا وإلا فكيف تتكلم بسهولة وطلاقة ؟ ولو وقفت خطيبا أو أطلت فى الكلام فأنك تحتاج الى كوب ماء أمامك ترتشف منه قليلا كلما أطلت فى الحديث حتى تعوض الجفاف فى حلقك ولسانك حتى تتحكم فى مخارج الألفاظ وسلاسة الحديث .

والأغرب من ذلك هو ما يصيبك عندما تواجه فجأة بموقف يثير الرعب فى قلبك ، فهذا الخوف المفاجىء يقلل من إفراز السائل اللعابى عن طريق نهايات الأعصاب التى تتحكم فى إفراز اللعاب فيجف لعابك ولا تستطيع أن تنطق جيدا أو أن تصرخ طالبا النجدة . . ولعل هذا

هو السبب في القول الشائع « عقد الخوف لسانه » أضف الى ذلك أن السائل اللعابي قلوى التأثير . وهذا هو الوسط الذى يحتاجه الانزيم المسمى « الأميلاز » الذى يهضم المواد النشوية التى تأكلها ويفتتها ويحولها الى سكر سهل الذوبان . . أى أن تجويف الفم يفتت الطعام ويرطبه لسهولة انزلاقه للمرىء . كما أن له خاصية أخرى فى هضم النشويات الى عنصر ذائب هو سائل سكر . . . وليس هذا فقط ولكن له أهمية أخرى أساسية:

....

● اللعاب أحسن معجون أسنان :

إن بقايا الطعام التى تتبقى بين تجاويف الأسنان والضروس خير وسط تنمو عليه الجراثيم التى تتواجد بصورة طبيعية فى كل فم . . وتتغذى الجراثيم على هذه البقايا . وينتج عن ذلك التفاعل مادة حمضية تساعد على تأكل الطلاء الأبيض العلجى الذى يقى الأسنان وبذلك يسبب تآكلها . . ومع استمرار هذه العملية فأن ذلك يؤدى الى أن تهاجم الجراثيم أسنانك مع الوقت وتتسوس الأسنان والضروس ولكن السائل اللعابى وخاصيته القلوية تعادل التأثير الحمضى الضار الناتج عن هذه الجراثيم . وبذلك يقى الأسنان من هذه الأخطار .

ولكنك أثناء نومك فأنك لا تأكل ولا تتكلم . وبالتالى يقل إفراز اللعاب عند النوم بدرجة كبيرة . . وهذه هى الفرصة السانحة للجراثيم لتنشط وتتكاثر وتقوم بعملها الضار وأنت تحلم فى نومك بأحلامك السعيدة . . فعليك اذن باستعمال الفرشاة ومعجون الاسنان لازالة بقايا الطعام وخاصة بعد وجبة العشاء وقبل نومك مباشرة والا فأن تسوس الأسنان فى طريقه اليك لا محالة ولو طال الزمن

• المعدة فم كبير بلا أسنان :

وتواصل وجبة الطعام حديثها قائلة :

وبعد ان انزلقت وانا فى شكل قطع صغيرة ممزوجة باللعاب وخمائره القلوية وعلى شكل قطع من اللباب المبتل بالماء اصل الى « بوابة » او فتحة فى اسفل المرىء أدخل بها الى فم كبير للغاية يصل حجمه الى حوالى لتر كامل . ولكنى لا أرى به أسنانا او ضروسا ويطلقون على هذا الفم الرحب اسم « المعدة » التى تستقبلنى بخداع شديد وبخطة محكمة . . تصور انها أولا تتدلى وتتراخى لتحتوى قطعى الكثيرة الواحدة تلو الأخرى التى تنزلق من المرىء . ثم فجاة وبدون إنذار اجدها تعتصرنى بقوة وعنف شديدين فى موجات متلاحقة من الانقباضات العضلية القوية وتتكرر هذه الانقباضات كالموج الهادر من ثلاثة الى اربعة فى الدقيقة الواحدة ـ فعضلات المعدة قوية وسميكة ولها هذه القوة العاصرة .

....

وليس هذا فقط ولكنى اجد أن المعدة تغرقنى تماما وذلك بافرازها كمية هائلة من السائل حوالى ثلاثة لترات يوميا ـ تصبه من غددها الكثيرة الموجودة فى الغشاء المخاطى المبطن لجدار المعدة الداخلى . وعصارة المعدة هذه حمضية للغاية بالنسبة لى وتركيز الحامض بها (وهو حامض الايدروكلوريك) يصل الى نسبة ٠,٤٪ وهذا تركيز عال جدا بالنسبة لى . . وبه ايضا خميرة هاضمة اسمها الببسين تعمل فى هذا الوسط الحمضى لتفتت اللحم والدجاج والأسماك والألبان (وكلها من مجموعة البروتينات) الى جزئيات من البروتين المهضوم ابسط فى التركيب الكيميائى من البروتينات التى كنت عليها قبل دخولى الى هذا الفم الكبير او هذه المعدة . . وتستمر المعدة فى طحنى وخلطى ومزجى بعصارتها الهاضمة أظل هكذا فى حركة دائمة واهتزاز متواصل كأنى فى خلاط قوى . فلا استطيع الحراك الى أعلى ـ أى الى المرىء ـ فهذه

البوابة التى بأسفله والتى دخلت منها مقفلة تماما الآن . . ولا أستطيع الهروب الى أسفل لأنى أواجه ببوابة أخرى أوفتحة أخرى عند نهاية المعدة وعند اتصالها بالأثنى عشر (أول جزء من الأمعاء الدقيقة) التى تنقبض وتعتصرنى وتردنى مرة أخرى الى هذا الخلاط ـ هذا الفم الكبير أوهذه المعدة الجبارة القوية . . وأظل هكذا لمدة ساعات طويلة (تصل الى ست ساعات أو أكثر) الى أن أتحول بالتدريج الى سائل ذى قوام سميك به ماكنته سابقا لأصبح فى شكل الحساء أوالشوربة (وهذا السائل اسمه علميا : سائل الكيموس) وهنا فقط وليس قبل ذلك تنفتح البوابة التى بأسفل المعدة لأدخل الى الأثنى عشر على دفعات صغيرة متتالية ولاتتركنى المعدة ابدا ولا تسمح لى بالمرور الا أذا تحولت الى شوربه . أما اذا كنت سهلة القوام منذ البداية (مثل العصير أو الماء) فان انقباضات المعدة تسمح لى بالمرور خلال دقائق ـ حوالى عشر دقائق فقط .

....

● المعدة لا تأكل نفسها :

أن المعدة من الداخل بها غدد كثيرة فى الغشاء المخاطى المبطن لها . وهذه الغدد هى التى تفرز الحامض والخمائر الهاضمة . وهى من الكثرة بحيث لا يمكن حصرها . وكلها تفتح بقنوات دقيقة على سطح هذا الغشاء المخاطى وكأنها ثقوب به . وكل مليمتر مربع يحتوى على عدد من هذه الفتحات أو الثقوب ما يصل الى مائة فتحة أو مائة غدة ! . . فكيف تقى المعدة نفسها من هذه العصارة وهذه الخمائر ؟ . . أن هذه المعدة الماكرة هيأت الحماية اللازمة لنفسها وذلك بافراز مادة مخاطية قلوية التأثير تنتجها خلايا عديدة موجودة عند مدخل هذه الثقوب والفتحات وهذه المادة المخاطية تلتصق بالغشاء المخاطى وكأنها مرهم أو كريم وبذلك يتدفق السائل الحمضى بخمائره الى تجويف المعدة ليختلط بالطعام فى نفس الوقت الذى تفرز فيه

المعدة هذا المرهم المخاطى وكانه طلاء قلوى يحمى غشاءها الداخلى من التآكل .

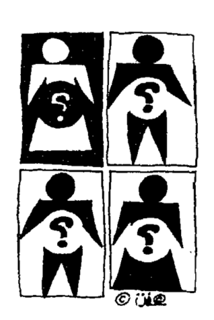
....

● نهاية سعيدة لوجبة طعام :

وهكذا أكلت المعدة وجبة الطعام تماما بطريقة ميكانيكية وكيميائية وبتخطيط وتدبير من استقبال لوجبة الطعام الى انقباض - الى افراز ثم هضم بخمائرها وعصائرها .

وينتهى حديث وجبة الطعام بعد أن تحولت من ناحية الشكل والقوام ومن التركيب الكيميائى الى مواد ابسط كثيرا عما كانت عليه قبل دخولها الى المعدة ، فان كان الفم بما يحتوى من اسنان وغدد لعابية هو البداية فان المعدة وهذا الفم الكبير كان أقوى واشد فى التاثير على وجبة الطعام فقد طحنها وخلطها وحولها الى نهايتها السعيدة بطريقة اشد عنفا وتركيزا من أى فك أو ضروس .

* * * *



● الفصل الثالث ●

البطن يكشف عن خباياه !



- محتويات التجويف البطنى
- الغشاء البريتونى : هام للغاية
- البطن والجهاز الدورى والعصبى
- خبايا البطن وسوء الهضم

أنظر الى هذا المكان من جسمك الذى نطلق عليه جميعا اسم البطن تجده هادئا ويتحرك بانتظام مع حركة التنفس وتتوسطه « السره » والتى كانت قبل ولادتك وأنت داخل الرحم متصله بالحبل السرى الذى قطعوه فور ولادتك لتنفصل عن الرحم وتبدأ الحياه بالبكاء . . ثم تطلب ثدى أمك للغذاء . وهذا كل ما تراه عيناك من البطن . ولكن هذا البطن هو تجويف صغير به أكبر مجمع غذائى فى العالم . . يقوم باستقبال الطعام وهضمه وطحنه وامتصاصه وتوزيعه لكل خلية من ملايين الخلايا فى جسدك . . ولا يتوقف لحظة واحدة عن العمل طوال سنوات عمرك المديدة . أن به من الأسرار والخبايا ما هو أكثر بكثير من حجمه . وأن اصبت بمرض من امراض الجهاز الهضمى فان شواهده أو اعراضه وطرق الكشف عنها سواء بالوسائل التقليدية أو بالأساليب المستحدثة من تصوير بأشعة الكمبيوتر أو الموجات فوق الصوتية أو بالمناظير الهضمية أو اية إختبارات معملية فانها كلها تتركز اساسا على إستكشاف أسرار هذا التجويف البطنى ومعرفة ما يجرى بداخله . فلنبدأ سويا إذن فى فهم التجويف البطنى والبحث عما بداخله وشرح الأعراض المرضية التى تصيبه مثل المغص أو القىء أو الاسهال . . الخ حتى نتمكن من التعرف على أمراض هذا الجهاز الهضمى أو هذا التجويف البطنى .

● محتويات التجويف البطنى :

وفى حقيبة صغيرة هى حجم البطن عليك أن تضع بداخلها خلاف المعدة - حوالى ستة أمتار من الأمعاء الدقيقة ومتر ونصف من الأمعاء الغليظة . هذا بخلاف الكبد الذى يزن فى المتوسط كيلو جراما ونصفا بالاضافة الى قنوات الصفراء والحويصلة المرارية . وغدة أخرى صغيرة ولكنها معمل كيميائى عظيم هى البنكرياس . أضف الى ذلك الطحال والكليتين والرحم والمبيضين . . الى آخر محتويات التجويف البطنى والتى لا تنتمى إلى الجهاز الهضمى .

وهذا هو السبب فى أن الأمعاء تلف وتدور وتنحنى حتى تتواجد كلها فى هذا المكان المحدد من أعلى بعضلة الحجاب الحاجز وهى عضلة قوية وكأنها سقف غرفة تفصل تجويف البطن عن تجويف القفص الصدرى . أما الجدران فهى عضلات أخرى تكمل التجويف البطنى من الخلف والأجناب والأمام . أما الجدار السفلى أو الأرضية فهى عظام الحوض .

● الغشاء البريتونى :
هـام للغـاية

ولكى تتماسك كل هذه الأمعاء وهذه المحتويات مع بعضها البعض فان جدران البطن من الداخل مغطاة بغشاء قوى كالنسيج يحيط بها وكأنه كيس كبير يحتويها . جميعا نطلق عليه اسم « الغشاء البريتونى » . وهذا الغشاء لا يحيط فقط بالمعدة والأمعاء ولكن له ايضا اماكن التقاء عديدة بجدران البطن العضلية أو بالعظام - أى أنه يثبت نفسه فى أماكن متعددة ينتشر منها الغشاء البريتونى الى كل هذه الاحشاء الداخلية وتنتشر بين ثناياه الشرايين والأوردة والأعصاب لكى تتفرع بعد ذلك الى الأنسجة المختلفة .

● البطن والجهاز الدورى والعصبى :

وحيث أن كل محتويات التجويف البطنى هى خلايا وأنسجة حية وليست محتويات حقيبة صغيرة فكان لابد لها من مئات الأمتار من الشرايين والأوردة والقنوات الليمفاوية ومئات الأمتار الأخرى من سلوك رقيقة هي الاعصاب . وكل هذه الأمتار تتفرع وتتشابك لتصل فى شكل شعيرات أو سلوك لا ترى الا بواسطة الميكروسكوب لتصل الى كل خليه من خلايا الجهاز الهضمى . فيقوم الجهاز الدورى بواسطة مضخة قوية هى القلب بتوصيل الغذاء لكل خلية من الخلايا على حده . . وكأنك رويت كل خلية بالغذاء كما نرى فى دنيا الزراعة ـ بطريقة الرى بالتنقيط . ويقوم الجهاز العصبى بنقل الملايين من الومضات الكهربية من والى الجهاز العصبى الرئيسى والمخ . وشبكة الاتصالات الهائلة هذه هى السر فى « التحكم » أو « الكنترول » فى وظيفة كل جزء من أجزاء الجهاز الهضمى بحيث يعمل فى توافق وفى خطوات موقوته كل واحدة تكمل الأخرى .

وكل هذه الوظائف الحيوية سواء كانت هضما أو امتصاصا أو تموجات وانقباضات عضلية وافرازات تتم بطريقة تلقائية أو لا ارادية وليس لك فيها أى تحكم وتعمل ليل نهار وفى كل دقيقة بل كل ثانية وهكذا تتشارك أجهزة الجسم المختلفة مع بعضها البعض لتستمر الحياه ولا غنى لأى جهاز عن الأخر فلكل تخصص ولكل وظيفة يؤديها بكفاءة وبدون ملل لتستمر الحياه ويعيش الانسان .

....

خبايا البطن وسوء الهضم :

كل أسرار البطن وخباياه وأمراضه تعنى للمريض « سوء الهضم » فهو عندما يشكو لطبيبه ويشرح له ما يشعر به فانه عاده يلخص أعراضه كلها فى جملة واحدة قائلا « انا عندى سوء هضم » وهى كلمة مطاطة وليست ذات مدلول واضح أو محدد . ومع ذلك فانها واقع

وحقيقة ، وما يذكره المريض هو فعلا ما يشعر به ، ويستطرد المريض فى تفسيره لسوء الهضم بجمل أخرى تدور كلها حول واحدة أو أكثر من الجمل الآتيه :

- عندى ألم فى فم المعدة أو فى وسط البطن . أشعر به كأنه شىء ثقيل فى هذا المكان من بطنى .
- أشكو من الانتفاخ والغازات
- أحس بحرقان وغممان نفس .

وتتعدد الشكاوى والأعراض وتدور حول نفس المعانى . وتتردد نفس الكلمات وبنفس الأسلوب تقريبا مع جميع المرضى بدون استثناء . . وكأنهم يحفظونها عن ظهر قلب أو يسجلونها على شريط تسجيل يتبادلونه جميعا .

ما هو السبب فى ذلك ؟ ولماذا تتشابه الأعراض الناتجة عن سوء الهضم وتتشابك بهذه الصورة غير الواضحة ؟ وهل من المعقول أن تكون شكوى مريض المعده مثلا هى نفس شكوى مريض المراره أو القولون ؟ . . نعم . أن الشكوى فى كثير من الاحيان تكون بصفة عامه واحدة . فلا تحديد أو حدود لمكان الألم ولا معنى واضحا لكلمة الانتفاخ أو لمفهوم الحرقان أو الثقل فى البطن أو الغثيان . فكلها كلمات عامه وقد تعنى لمريض شيئا ما مختلف تماما عما تعنيه بالنسبة لمريض آخر .

....

● سوء الهضم بين الطبيب والمريض :

فلا تتعجب اذن أن بدأ طبيبك فحصه بعملية إستجواب طويلة لك وكأنه محقق أو وكيل نيابة . . تتوالى فيه أسئلته ودورك انت هام للغاية وذلك بأن تساعده باجابات دقيقة قدر إمكانك . فان هذا الفهم المتبادل وهذه العلاقة الوثيقة بينكما هى التى تسهل للطبيب عمله للوصول الى أسرار وخبايا تجويف البطن . . ومفهوم الطبيب وتحليله

العلمى لأعراض سوء الهضم التى تشكو منها تعتمد أساسا على عملية الاستجواب هذه ولكنها تختلف تماما عما تقصده انت بسوء الهضم .

وسوء الهضم هو بلا شك الشكوى الأولى والأهم فى أعراض الجهاز الهضمى . ولذلك فان تفسيرها هو المدخل الطبيعى لكشف اسرار التجويف البطنى . ماهى إذن اعراض سوء الهضم هذه ؟ وماذا على المريض أن يعرفه عندما يشكو بعرض أو اكثر من هذه الأعراض ؟ وعندما يقول لطبيبه « عندى سوء هضم يادكتور » .

ان علينا أن ندرك أن المريض قد يكون هو المتسبب فى ذلك باتباعه عادات صحيه وسلوكيات اجتماعية ضاره كما سنرى . ولكن قد تكون اعراض سوء الهضم ناتجة عن مرض عضوى من امراض الجهاز الهضمى على طبيبه أن يكتشفه ويعالجه منها .

ولنبدأ معا فهم كل عرض من اعراض سوء الهضم على حدة وأهمها هى :

- **ألم البطن**
- **الانتفاخ والغازات**
- **الغثيان والقىء**
- **الحرقان والحموضة**
- **الامساك والاسهال**

وبالتفسير العلمى السليم لكل عرض من هذه الأعراض يسهل علينا اكتشاف السبب وراء العلة والداء .



● الفصل الرابع ●

التفسير العلمى لألم البطن !

● الألم السطحى . . والألم العميق !

● الغشاء البريتونى وألم البطن الحاد

إنك تحس بأى لمسة على سطح الجلد وتشعر بالألم إن وخزتك ابرة أو لدغتك بعوضة . وتستطيع ان تحدد مكان الوخزة أو اللدغة بدقة متناهية حتى لو كنت مغمض العينين . وهذا هو ما نعرفه فى لغة الطب باسم « الألم السطحى » وهذا الحس هام للغاية لحماية الانسان من الأخطار التى توجد فى البيئة المحيطة به . ولذلك فان نهايات الأعصاب الموجودة فى نسيج وخلايا الجلد كثيرة ومتعددة وكذلك مراكز استقبالها فى خلايا المخ (الجهاز العصبى الرئيسى) والتى تدرك بها وتحس مكان الألم لتقى بها نفسك .

أما تجويف البطن فان ما يحتويه من أحشاء لا يحتاج لمثل هذه الدقة فى الحس أو ادراك الألم لأنه مغطى وله حماية كاملة بما حوله من أغشية وعضلات وجلد على سطح البطن . ولذلك فان نهايات الأعصاب الموجودة بالمعدة والأمعاء مثلا قليلة العدد نسبيا وتنقل الاحساس بالألم الى المخ عن طريق الأعصاب اللا إرادية (العصب السمبتاوى) الذى يصل اولا الى مراكز أو محطات فرعية فى النخاع الشوكى داخل العمود الفقرى قبل الوصول الى المحطة النهائية أو مراكز استقبال الاحساس الرئيسية فى المخ .

وهذا النوع من نهايات الاعصاب ينقل نوعا آخر من أنواع الألم نطلق عليه اسم (الألم العميق) نسبة إلى انه ينقل الاحساس بالألم من أماكن داخلية عميقة مثل آلام الاحشاء .

ومن أهم خصائص الألم العميق انه غير حاد او محدد . . أى انك تشعر به كثقل فى البطن أو كأنك ممتلىء بالغازات ولا تستطيع تحديد مكانه بدقة وخزة الأبرة ، ولكن على الاكثر تقول « أشعر بألم فى هذا المكان من البطن » وخاصية اخرى من خصائص الألم العميق هى فى تجاور اماكن استقباله الأولية فى خلايا الجهاز العصبى الموجودة فى النخاع الشوكى مما يجعلك تشعر بألم المعدة والمرارة مثلا فى مكان فم المعدة ، أو أعلى البطن ، وألم الامعاء الدقيقة فى مكان حول السرة ، وألم القولون او المصران الأعور تحت السرة أو فى المكان السفلى من البطن وهكذا . . ولذلك فانك عندما تساعد طبيبك بذكر المكان الذى تشعر فيه بالألم بقدر استطاعتك . . فان ذلك يساعده على تحديد مكان العضو المصاب وبناء عليه فانه يطلب منك إجراء فحص بالأشعة على المعدة مثلا أو المرارة أو الامعاء حسب ما يستنتجه من نوع الألم ومكانه بعد فحصه لك . .

....

● الغشاء البريتونى
وألم البطن الحاد :

وهناك نوع اخر من الآلام ـ وهو ألم البطن الحاد ـ فان حدث التهاب حاد فى عضو من الأعضاء التى يحتويها التجويف البطنى فان الغشاء البريتونى الذى يغطيه او المجاور له يشارك ايضا فى هذا الالتهاب . . وحيث ان نهايات الأعصاب الموجودة فى هذا الغشاء تتشابه فى كثرة عددها وفى إتصالها المباشر لأماكن الاحساس فى المخ مع ما هو موجود فى نسيج الجلد ، فان الاحساس بالالم فى هذه الحالات يكون دقيقا ويتميز

بذلك فى كونه نوع من أنواع « الألم السطحى » وليس « الألم العميق » وله نفس خصائص الالم السطحى .

ولعل اقرب مثال هو التهاب الزائدة الدودية الحاد (المصران الأعور) فانك فى مثل هذه الحالة تشعر بأن الألم يتركز فى مكان معين هو اسفل البطن من الناحية اليمنى . . وعندما يقوم الطبيب بالضغط بيده على مكان الزائدة الدودية فانك تحس بالالم بدرجة أكثر شدة وأكثر تحديدا .

....

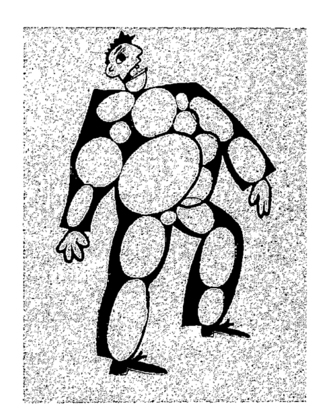
وكان الغشاء البريتونى فى حالات ألم البطن الحاد مثله لتجويف البطن مثل الجلد لجسمك ، وينقل لك الاحساس المرهف بما يحدث فى البيئة من حولك .





● الفصل الخامس ●

هل تشكو . .
من الغازات والانتفاخ ؟



- كيف تتكون الغازات ؟
- بلع الهواء . . هواية ضارة
- هذه الأطعمة تسبب الانتفاخ

أنت تشكو لطبيبك من كثرة الغازات والانتفاخ . وتشرح له انك تتردد بكثرة على دورة المياه فى محاولات يائسة للتخلص من هذه الأرياح التى لا تفارقك . وانك دائم التجشؤ (او التكريع) لعل وعسى ان تطرد هذه الغازات التى تسبب لك مضايقة شديدة تنغص عليك حياتك . . وهذا فى الواقع عرض من أعراض سوء الهضم الشائعة والتى يعانى منها الكثيرون .

ولكن فى المقام الاول يجب ان نعلم كيف تتكون هذه الغازات وما هو مصدرها . وقد لا ندرى اننا قد نكون السبب فى كثرة هذه الغازات ، وبذلك نضايق انفسنا بأنفسنا ! ونتسبب فى انتفاخنا بدون سبب وبدون داع . .

....

• بلع الهواء : هواية ضارة :

كل انسان منا يمارس حركات عضلية روتينية بطريقة آلية او بدون تفكير . وهذا شيء طبيعي للغاية . والأمثلة على ذلك كثيرة : فأنت تتنفس وتتثاءب وتغمض عينيك وتفتحها آلاف المرات في اليوم . وانت ايضا تقوم بعملية البلع وتكررها بدون ان تثير انتباهك ، ليس فقط لبلع لعابك ولكن ايضا اثناء تناولك لطعامك وشرابك . وهذا هو أول مصدر من المصادر الرئيسية للغازات - حيث انه من الطبيعي تماما ان تبتلع ايضا كمية من الهواء الجوى تدخل الى المعدة ثم الى الأمعاء . وهذا الهواء الذى ابتلعته لا يتسبب في اى ضيق إلا اذا زاد عن حدوده الطبيعية ، لان جسمك يتخلص من الهواء المبلوع بامتصاصه او طرده من البراز .

ولكن اذا تحول الانسان الى بالع للهواء . . فانه بذلك يمارس هواية ضارة للغاية وينقلب بذلك حاله من شخص سليم الى آخر مريض . وهذا ما يراه الطبيب في كثير من مرضى القلق النفسى والتوتر العصبى ، ويلاحظ الطبيب ان هؤلاء المرضى عادة يلتهمون الطعام ولا يأكلونه بالاضافة الى عدم انتظامهم او التزامهم المعقول بمواعيد الطعام . واغلبهم من المدخنين الشرهين . ومما هو معروف ان مع كل سيجارة تدخن تزداد كمية الهواء المبلوع ! وتسوء حالتهم عندما يكثرون من التجشؤ (او التكريع) وهم تحت وهم انهم بذلك يتخلصون من الهواء الزائد الموجود بالمعدة . .

والواقع هو عكس ذلك تماما . فالكمية التى يتخلصون منها وتعطيهم الاحساس الوقتى الكاذب بالراحة . يتلوها مباشرة ارتخاء في عضلات المعدة وكأنها كرة من المطاط تم ضغطها بقبضة يد ثم تركت فجأة - لتشفط المعدة كمية من الهواء الخارجى اكبر كثيرا مما تم اخراجه بالتجشؤ مما يؤدى الى مزيد من الهواء المبتلع ومزيد من الانتفاخ .

أى أن هؤلاء المرضى هم ضحايا هواية ضارة يمارسونها بكفاءة

ونشاط زائدين فهم بالعو الهواء ! . . وعلاجهم هو علاج حالة القلق النفسى والتوتر التى يعانون منها ، وطمأنتهم ان مرضهم ليس من أمراض الهضم اطلاقا . . وارشادهم لاتباع العادات الصحية السليمة . .

....

● أطعمة تسبب الانتفاخ :

أما المصدر الرئيسى الثانى للغازات فهو ما أكلت وما شربت انت بنفسك . . فهناك أطعمة ومأكولات صعبة الهضم نسبيا . وعندما تصل بقايا هذه الاطعمة الى القولون فانها تجد به جراثيم غير ضارة موجودة بشكل طبيعى فى كل انسان . وهذا هو أحسن وسط لتوالد هذه الجراثيم التى تنشط وتتفاعل مع بقايا هذه الاطعمة ، ويكون ناتج هذا التفاعل غازات من نوع آخر تتميز بالرائحة الكريهة .

ولقد اثبت التحليل الطبيعى (التحليل الكروماتوجرافى) على عينة مأخوذة من الغازات التى تخرج من المستقيم . . انها تحتوى على غاز النتروجين بنسبة تصل من ٢٠ ـ ٦٠٪ (وهذا الغاز موجود فى الهواء الجوى الذى نتنفسه جميعا) وهذه النسبة تمثل كمية الهواء المبلوع اى تمثل المصدر الأول من مصادر الغازات .

وهو غاز ليست له رائحة . أما النسبة المتبقية فانها تتكون من غاز ثانى اكسيد الكربون والهيدروجين والميثين (ذى الرائحة الكريهة) مع مركبات عضوية اخرى . وهذه الغازات هى نتيجة للمصدر الثانى اى من تفاعل الجراثيم مع بقايا الطعام .

ومن الأطعمة الصعبة الهضم نجد ان البقول (مثل المدمس والطعمية والعدس والفاصوليا واللوبيا) هى ذات اهمية خاصة فى هذا المجال حيث تحتوى على بعض النشويات الصعبة الهضم ، وتماثلها فى ذلك بعض الخضروات مثل الكرنب والقرنبيط . . ويتسبب ايضا الاكثار من الدهنيات فى الاصابة بالانتفاخ بطريقة مختلفة تماما . فان من

خصائص الاطعمة الدهنية انها تمكث فى المعدة لفترة طويلة وتتسبب فى بطء عملية الهضم . وبذلك يمكث ما ابتلعناه من هواء فى المعدة لمدة اكثر . وهذا هو السبب فى كثرة الانتفاخ والاحساس بالامتلاء ان زادت الاطعمة الدهنية عن الكمية المقبولة ، ويفسر ما تشعر به من امتلاء بعد كل وجبة كباب شهية .

وهذا هو العامل الثانى الرئيسى فى كثرة الانتفاخ والغازات . ويتضح ايضا ان علاجه لن يكون اطلاقا بالعقاقير وأدوية الهضم ولكن بعدم الامتلاء وبتنويع مصادر الطعام قدر المستطاع حتى لا تتكون اساسا من البقول والدهنيات . ولا شك ان دور الطبيب فى علاج الانتفاخ هام للغاية . فبعد استبعاده للأسباب المرضية او العضوية لكثرة الغازات . . فإن عليه ان يشرح لمريضه سبب شكواه وكسب ثقته واقناعه بالمشاركة الفعالة لعلاج هذا العرض المزمن من أعراض سوء الهضم .





● الفصل السادس ●

هل تشكو . .



من الغثيان والقىء ؟

● الجهاز العصبى . . هو السبب !

● أعراض كثيرة تصاحب القىء

● أمراض مختلفة تسبب القىء . .

● برد المعدة ليس هو السبب . .

. من منا لم يشعر ولو مرة واحدة فى حياته بالغثيان (الغممان) وهو الاحساس الذى يسبق القىء . . وكم منا من تقيأ فعلا بعد هذا الشعور بالغثيان . وهذا شىء يحدث لكثير من الأشخاص عندما يواجهون برائحة كريهة مثلا أو بموقف إنفعالى مفاجىء يؤدى بهم الى الغثيان أو القىء أو كليهما ، ولكن هذا ليس قطعا عرضا من أعراض سوء الهضم ولا يشير الى مرض من أمراض الجهاز الهضمى . وإنما يمثل حالة وقتية لسبب وقتى تزول بانتهاء السبب الذى أدى اليها .

ولكن ما يعنينا من هذا المثل هو الوصول للتفسير العلمى الذى يؤدى الى الغثيان والقىء مهما كان السبب وراء ذلك . والأسباب هنا كثيرة للغاية سواء كانت سببا عارضا أو كانت مؤشرا الى مرض من أمراض الجهاز الهضمى أو لمرض أعضاء أخرى من أجهزة الجسم المختلفة .

....

• الجهاز العصبى سبب القىء :

مما لا شك فيه أن عملية الغثيان والقىء ليس لها علاقة مباشرة بالجهاز الهضمى . ولكنك فى الواقع تتقيأ بجهازك العصبى أو بمخك ! ! . .

فلقد ثبت علميا وجود مركز للغثيان وآخر للقىء فى المخ ، وبدون أن يتم إثارتهما ، فإنه يستحيل عليك أن تشعر بالغثيان أو أن تتقيأ . وهذان المركزان على علاقة وثيقة ببعضهما البعض ، ويكمل أحدهما عمل الآخر . ولذلك ففى أغلب الأحوال نرى أن الغثيان والقىء هما عرضان متلازمان . أما دور المعدة فهو دور المنفذ الذى يستجيب لأوامر هذه المراكز المخية . وذلك بأن تنقبض عضلاتها مع عضلات البطن بطريقة فجائية ، وتنفتح فى نفس الوقت العضلة التى تغلق فتحة المرىء عند إتصاله بالمعدة (فتحة البواب) فتقذف ما بداخل المعدة الى الخارج .

....

• أعراض كثيرة تصاحب القىء :

وحيث أن الجهاز العصبى هو السبب فى الغثيان والقىء ، فإن كثيرا من الأعراض المصاحبة هى دليل تهيج الجهاز العصبى ، ولا تمت الى الجهاز الهضمى بأيه صلة . ومن ذلك :

كثرة إفراز اللعاب .
الشحوب والاصفرار .
العرق البارد .
بطء فى دقات القلب .
هبوط فى ضغط الدم .
إغماء مفاجىء وقتى .

فلا داعى للانزعاج إن حدث كل او بعض هذه الأعراض مع نوبة

من نوبات القيء . فكل ما يحدث هو أعراض وقتية نتيجة لتهيج مراكز المخ المختلفة التى ترسل ومضات كهربائية الى نهايات الأعصاب التى تتصل بالغدد اللعابية وبالشعيرات الدموية والقلب وينتج عنها هذه الأعراض المصاحبة .

...

● أمراض كثيرة تسبب القيء :

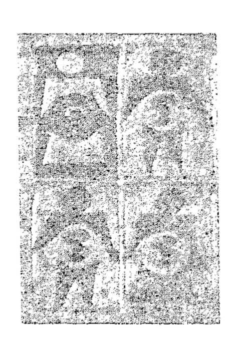
مما سبق يتضح أن الغثيان أو القيء قد يحدث لأسباب عدة ، ولا يتم إلا عن طريق المخ . والمعدة ما هى إلا وسيلة للتعبير عما بالجسم من خلل . فلا غرابة إذن إن تعددت الأمراض فى أعضاء الجسم المختلفة ، ويكون أحد مظاهرها هو القيء . ونعنى بذلك أن مرض الجهاز الهضمى هو واحد فقط من أسباب كثيرة للقيء . وهذا سرد لبعض (وليس كل) مسببات القيء :

* الحميات المختلفة سواء تسببت من الجراثيم أو الفيروسات : الحمى التيفودية ، التهاب الكبد الوبائى ـ الالتهاب السحائى . . الخ .
* الالتهابات الحادة التى تحدث داخل التجويف البطنى : التهاب الزائدة الدودية أو الحوصلة المرارية ، والتهاب الغشاء البريتونى الحاد أو البنكرياس .
* ضيق أو انسداد فى القناة الهضمية فى أى مكان بها ، من المرىء الى المعدة ، أو فى الأمعاء الدقيقة ، أو القولون .
* أورام أو أمراض بالمخ أو فى بعض الأجهزة الموجودة فى داخل تجويف الدماغ : مثل إضطراب فى الأذن الداخلية ويصاحب القيء حالة دوران شديد ، أو مثل إرتفاع ضغط العين . . ويشكو المريض عندئذ بصداع حاد بجوار العين المصابة .

● برد المعدة لا يسبب القىء :

وهنا أتوجه برجاء لكل مريض من مرضى الغثيان والقىء المتكرر : توجه لاستشارة طبيبك . فهو وحده المؤهل لمعرفة سبب شكواك من بين عشرات الأسباب ، ومما لا شك فيه أنك لا تعانى من « برد فى المعدة » كما تظن . . فليس هناك فى الطب مرض بهذا الاسم إطلاقا . ولماذا تبرد المعدة بالذات دون سائر أعضاء التجويف البطنى المختلفة ، وهى المحاطة بكل هذه الأنسجة والعضلات والأغطية ؟ حذار من هذا التشخيص الخاطىء . ولا توهم نفسك بهذه الخدعة التى تؤدى الى تأخرك فى طلب العلاج والشفاء . . فليس هناك ما يسمى طبيا « ببرد المعدة » !





● الفصل السابع ●

هل تشكو من :

الحموضة والحرقان

● البطارية الجافة والمعدة والحامض . .
● فتق الحجاب الحاجز ليس سبب الحموضة
● العلاج الجراحى لفتق الحجاب الحاجز . .

. قل لى ماهو مفهومك للحموضة أو الحرقان وأنا أخبرك إن كنت مصابا فعلا بالحموضة أم لا :

● هل تحس بحرقة شديدة فى منطقة فم المعدة أو فى اسفل الصدر من الأمام؟

● هل هذه الحرقة الشديدة مماثلة لما تشعر به وكأن الجلد قد اصيب بحرق أو تعرض لأشعة الشمس فترة الصيف وأنت على البحر ؟

● وهل يصاحب هذا الاحساس - فى بعض الأحيان - إرتجاع لسائل المعدة أو محتوياتها إلى تجويف الفم خصوصا عند النوم مساء بعد وجبة عشاء دسمة أو عند الانحناء لالتقاط شيء من الأرض أو عند السجود للصلاة ؟

هذه هى الحموضة بمعناها الحقيقى كعرض هام من أعراض سوء الهضم . وأن أزمنت أو تكررت فانها تعنى للطبيب حالة غير طبيعية وشكوى هامة ، لا يمكن إهمالها أو إغفالها . . لأن الأمر الطبيعى هو أن لا يشعر الانسان بحموضة إطلاقا مع كل مانعرفه عن تركيز حمضى شديد فى سائل المعدة .

لذلك فان علينا أولا أن نتفهم الصفة التشريحية والفسيولوجية للقناة الهضمية التى تقى الجسم من تأثير سائل المعدة الحمضى . ليسهل علينا بعد ذلك شرح الأسباب المرضية التى تؤدى الى الحموضة والحرقان .

● لماذا لا نعانى من الحموضة ؟

إن ما نبتلعه من طعام أو شراب يصل الى داخل المعدة عن طريق قناة طويلة نطلق عليها اسم المرىء وجدران هذه القناة مكونة من عضلات قوية تنقبض وتتراخى فى موجات متلاحقة تبدأ مع بداية المرىء عند إتصاله بالبلعوم وتنتهى مع نهاية المرىء (وطوله ٣٥ ـ ٤٠ سم) عند نهايته اومصبه فى المعدة .

وهذه الموجات المتلاحقة من الانقباضات هى التى تسمح بإنزلاق الطعام إلى أسفل المرىء فى إتجاه المعدة ـ وليس فى الاتجاه العكسى . وما أن يصل ما إبتلعناه إلى نهاية المرىء فانه يواجه بعضلة أخرى قوية تتحكم فى الفتحة الموجودة بين أسفل المرىء وفتحة المعدة . وهذه العضلة دائرية وتكون فى حالة إنقباض دائم ولا تتراخى إلابصفة وقتية لتسمح بمرور الطعام والشراب من المرىء الى المعدة بنظام وتوقيت دقيق تماما مثلما يحدث عند دخولنا من باب ضيق الى غرفة فسيحة مثلا . فاننا لا نستطيع الدخول إلا واحدا تلو الأخر .

وهذه العضلة وإنقباضها تغلق فوهة المعدة بإحكام فلا يستطيع سائل المعدة الحمضى ان يتدفق خارجها فى الاتجاه العكسى ـ أى إلى المرىء . وهذه العضلة نطلق عليها اسم العضلة الفؤادية (أو القلبية) وذلك لقربها من الفؤاد (القلب) وواضح أنها ليست لها علاقة بالقلب اطلاقا .

ولقد قام العلماء بدراسة خصائص هذه العضلة الفؤادية وقاموا بقياس الضغط فى الجزء السفلى من قناة المرىء وفى داخل المعدة .

وثبت من هذه الدراسات أن العضلة الفؤادية تكون فى حالة انقباض مستمر نتيجة لنشاط الجهاز العصبى اللا إدارى الذى يتحكم فيها . ويتسبب ذلك فى ارتفاع منسوب الضغط اسفل انبوب المرىء عن منسوبه داخل تجويف المعدة . وهكذا لا يستطيع سائل المعدة الحمضى الانسياب بطريقة عكسية ـ أى من المعدة الى المرىء .

وهذا هو السبب الرئيسى فى وقايتنا من الاحساس بالحموضة

....

• البطارية الجافة والمعدة والحامض :

وما دامت عضلات المرىء وعضلة الفتحة الفؤادية سليمتين . فانه يستحيل علينا الشعور بالحموضة .

ولكن إذا تراخت هذه الانقباضات العضلية وضعفت . فان سائل المعدة الحمضى تتاح له الفرصة الذهبية لكى ينساب من إناء المعدة المحكم إلى خارجها . أو بعبارة علمية يتدفق السائل من منسوب الضغط الأعلى الى منسوب الضغط الأقل .

وهو الجزء الأسفل فى هذه الحالة من قناة المرىء . وحيث أن الغشاء المخاطى المبطن لأسفل المرىء غير مهيأ لاستقبال الأحماض ، فانه يتآكل ويتهتك . تماما مثلما نرى فى البطارية الجافة مادة مملحة على قطبها وتآكلا فى الغلاف المعدنى الرقيق المحيط بها إذا تسربت المادة الكيميائية الحمضية الموجودة بداخلها الى خارجها .

....

• فتق الحجاب الحاجز ليس سبب الحموضة :

إن الحجاب الحاجز لا يتدخل بطريقة مباشرة أوغير مباشرة فى الاحساس بالحموضة أو بالحرقان . ولكن السبب الحقيقى هو ضعف إنقباضات المرىء وعضلته الفؤادية .

ما هو إذن فتق الحجاب الحاجز ؟ وهل هو مرض يحتاج الى تدخل جراحى لعلاجه ؟

وهناك مرضى كثيرون قيل لهم بحق أنهم مصابون بفتق بالحجاب الحاجز وأن مايشكون منه من حموضة وإرتجاع لسائل المعدة والطعام

سببه فتق الحجاب الحاجز ، ويطلب منهم الطبيب إجراء جراحة صلاح هذا الفتق . وهذا فى الحقيقة هو وسيلتهم الوحيدة للعلاج الشفاء .

● ماهو إذن هذا الحجاب الحاجز وكيف نصاب بفتق به ؟ وماعلاقة ذلك بالحموضة ؟

والحقيقة أن الحجاب الحاجز كما هو واضح من إسمه هو عضلة وية مسطحة تقف حاجزا فاصلا مابين تجويف الصدر وتجويف لبطن ؛ وكأنه جدار او سقف يفصل بين غرفتين . وتوجد به فجوة ستديرة يمر منها المرىء (ويقع كله فى تجويف الصدر) إلى اتصاله بداية المعدة (والمعدة توجد فى تجويف البطن) . ولكن إذا إتسعت ذه الفجوة عن الحجم الطبيعى فان هذا يسمح لجزء من المعدة الانزلاق إلى أعلى ، ونجد بذلك أن الجزء العلوى من المعدة يوجد فى لتجويف الصدرى ، وليس فى تجويف البطن كما هو الحال فى الوضع لطبيعى .

ولا يستطيع الطبيب ان يدرك ذلك إلا بعد أن يطلب من مريضه جراء فحص باشعة الباريوم للمرىء والمعدة . وطبيب الأشعة يصف نا فتق الحجاب الحاجز وحجمه ويؤكد لنا وجود جزء من المعدة فى جويف الصدر أو بمعنى ادق أعلى الجدار أو الحجاب الحاجز .

ووجود هذا الفتق وخصوصا إذا كان صغير الحجم ؛ لا يؤدى الى ى حالة مرضية وهو كثير الحدوث لدرجة أن من المعروف طبيا وجوده ، ٦٠٪ من الأشخاص فوق سن الستين ؛ وهذا يدل على إزدياد نسبة لفتق مع كبر السن !

وهذا فى حد ذاته ليس مرضا ولا يحتاج لعلاج أو تدخل جراحى قد يكون موجودا عند كثير منا دون أن ندرى !

ولكن إذا صاحب هذا الفتق إحساس بالحموضة المتكررة كما ذكرنا ن قبل ، فانه يعنى ضعف عضلات وإنقباضات المرىء والعضلة

الفؤادية وهنا يحتاج المريض للعلاج سواء كان بالادوية أو بالجراحة ؛ لمنع ارتجاع سائل المعدة إلى المرىء ، وهنا يطلب الطبيب من مريضه اجراء فحص للمرىء باشعة الباريوم ويثبت من هذا الفحص وجود ارتجاع لسائل المعدة الى اسفل المرىء أى أن المرض الأساسى هو ضعف العضلة الفؤادية سواء صاحب ذلك فتق بالحجاب الحاجز أم لا . فالفتق ليس هو السبب المباشر فى ضعف عضلات المرىء وبالتالى فان العلاج يتركز اساسا على اصلاح ضعف العضلة الفؤادية وضعف انقباضات المرىء .

وهذا لايتحقق إلا باتباع الارشادات الآتية :

١ - إنقاص الوزن :

فان السمنة الزائدة والبدانة وخصوصا إذا تركزت السمنة فى جدار البطن تؤدى الى إزدياد الضغط داخل التجويف البطنى عنه فى اسفل المرىء ؛ وهذا ما يسمح بارتجاع سائل المعدة إلى المرىء .

٢ - تجنب الافراط فى التدخين :

وشرب القهوة والمشروبات الكحولية والوجبات الدسمة . . كلها تؤدى إلى إضطراب الانقباضات العضلية الطبيعية التى تقينا من الحموضة .

٣ - عدم استعمال بعض العقاقير والأدوية :

مثل الاسبرين وأدوية الروماتزم التى تضعف مقاومة الغشاء المخاطى لتاثير إفراز المعدة الحمضى .

• العلاج الجراحى لفتق الحجاب الحاجز

لانطلب من المريض اجراء جراحة لاصلاح فتق الحجاب الحاجز إلا فى حالتين لا ثالث لهما :

١ـ كبر حجم الفتق لدرجة يتسبب عنها اختناق به . وهو فى ذلك



لا يختلف عن أى فتق آخر موجود فى أجزاء اخرى بالجسم مثل الفتق السرى مثلا .

ولكن فى بعض الأحيان يتراكم الطعام وبقاياه فى الجزء من المعدة الموجود داخل تجويف الصدر ؛ مما يؤدى الى أن يضغط على المرىء ذاته مؤديا إلى صعوبة البلع .

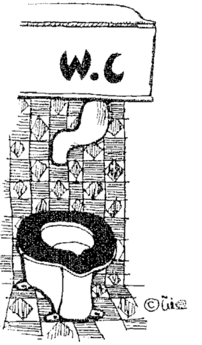
٢ـ ضغط إنقباضات المرىء والعضلة الفؤادية مع وجود فتق بالحجاب الحاجز ـ وهنا يجرى الطبيب جراحة لارجاع المعدة الى مكانها الطبيعى فى تجويف البطن ؛ مع إصلاح العضلة الفؤادية وتقويتها لتقوم بعملها الأسلسى فى منع ارتجاع سائل المعدة الى المرىء.

* * * *

● الفصل الثامن ●

لماذا ..

الامساك والاسهال



* القولون ليس سلة مهملات ..
* وهكذا يحدث الاسهال ..
* كيف يحدث الامساك ؟
* من يأكل معى الخبز الأسمر ؟

لا يشعر الأصحاء منا إطلاقا بالدور الهلم الذى يلعبه القولون فى حياته . ولكن غالبية مرضى سوء الهضم يعانون بمرارة من قصة القولون أو المصران الغليظ . . فهى اكثر امراض العصر انتشارا وذيوعا .

وليس هناك مرض من أمراض البطن إلا وكان المصران هو أول من يتهمه المرضى بانه السبب وراء كل متاعبهم

وإلى أن يثبت ذلك او ينتفى . . كان على الطبيب المعالج ان يبحث بدقة شديدة عندما يشكو له مريضه من عرض الأمساك أو الاسهال او كليهما ، وعن علاقة ذلك بسائر اعراض سوء الهضم الأخرى التى سبق ذكرها ، من آلام بالبطن او الانتفاخ . . الخ حتى يصل إلى التشخيص السليم .

ويختلف الناس إختلافا واضحا فى طبائعهم وعاداتهم التى تميز كل فرد منا عن غيره وهذا ينطبق تماما بالنسبة لطبيعة الأشخاص فى عملية التبرز . فهناك من يتبرز مرة واحدة كل يومين او ثلاثة ، وآخر قد يتبرز مرتين او اكثر فى اليوم الواحد . وهذه طبائع خاصة لأشخاص اصحاء تماما . ولكن إن حدث إختلاف فى نظام التبرز الذى تعود عليه وإعتاده شخص ما ، وزاد عدد مرات التبرز فإنه عندئذ مصاب بالأسهال . اما إذا لاحظ العكس ونقص إحساسه بالرغبة فى التبرز فإنه يشكو من الامساك ، ويجب على المريض فى هذه الحالة ملاحظة :

* التغيير فى عدد مرات التبرز فى اليوم .
* شكل وقوام البراز وتماسكه .
* هل هناك مادة مخاطية أو دموية مصاحبة لخروج البراز .
* هل شعر بتخلصه من كل محتويات القولون بعد التبرز أم ما زال يشعر بالأمتلاء وعدم الراحة .

....

* القولون ليس سلة مهملات :

والقولون (المصران الغليظ) هو آخر جزء من أجزاء القناة الهضمية التى تنتهى عند فتحة الشرج . وهو الذى يستقبل فضلات الطعام المتبقية بعد اتمام عملية الهضم وامتصاص المواد الغذائية فى الأمعاء الدقيقة . ونطلق على القولون إسم المصران الغليظ لتفرقته عن الأمعاء الدقيقة ، حيث أنه أغلظ منها فى الحجم ولكنه أقصر منها فى الطول (طول الأمعاء الدقيقة ستة أمتار وطول القولون متر ونصف فقط) . وهذا الوصف التشريحى للقولون قد يوحى بأنه ليس أكثر من سلة للمهملات ، يلقى فيها الجسم ببقايا الطعام الى أن يتم طردها للخارج أثناء عملية التبرز . وهذا تبسيط ساذج للغاية لدور القولون فى الجسم . لأن القولون فى الواقع يقوم بدور حيوى نشيط ، لكى يحول فضلات الطعام إلى مادة برازية لا يزيد وزنها عن ٢٠٠ ـ ٣٠٠ جرام ولكى ندرك أهمية القولون فى هذا المجال يجب أن نعرف الحقائق التالية :

* تستقبل الأمعاء الدقيقة فى كل يوم حوالى ٩ لترات من السوائل تمثل المواد الغذائية التى تم هضمها جزئيا فى المعدة بالأضافة الى إفراز الغدد الهضمية الموجودة فى جدار الأمعاء الدقيقة ذاتها وإفراز غدة البنكرياس وسائل الصفراء . وتقوم بامتصاص حوالى ٧,٥ لتر منها .
* ولا يتبقى بذلك للقولون غير حوالى لتر ونصف فقط من بقايا الطعام التى تتكون من الألياف النباتية ومادة السليولوز التى لم تهضم

وبعض المعادن مثل الكالسيوم والفوسفات ومواد عضوية مثل الدهنيات ومواد مخاطية وخلايا الغشاء المخاطى التى تحللت .

* وهناك نسبة كبيرة من الجراثيم التى تتواجد فى القولون بطريقة طبيعية تخرج مع البراز وتكون ٣٠٪ من مادة البراز الصلبة .

* وحيث أن كمية البراز اليومية هى حوالى ٢٠٠ جرام فقط فإن هذا يعنى أن عملية الامتصاص فى القولون هامة للغاية وخصوصا بالنسبة لامتصاص الماء والأملاح الذائبة مثل الصوديوم والفيتامينات .

....

* وهكذا يحدث الاسهال :

* إذا تجمعت بالأمعاء (الدقيقة أو الغليظة) كمية من السوائل بما فيها من أملاح ذائبة أكثر من قدرة الأمعاء على إمتصاصها فان هذا يتسبب فى الاسهال. مهما كان المرض الذى أدى إلى ذلك مثلا :

* كثير من الحالات الحادة التى تؤدى الى فشل الامتصاص سببها الجراثيم والفيروسات (مثل جرثومة الكوليرا والجراثيم السبحية أو العنقودية) وتؤدى هذه الميكروبات إلى اصابة خلايا الغشاء المخاطى بالفشل فلا تستطيع القيام بوظيفتها الحيوية .

* وفى منطقتنا يجب التركيز على الطفيليات التى تتسبب فى أن يزمن الاسهال أو يتكرر مثل الأصابة بالدوسنتاريا الأميبية أو بمرض البلهارسيا القولونية .

* أمراض نقص افراز غدد الهضم تتسبب أيضا فى الاسهال المزمن مثل مرض غدة البنكرياس أو نقص إفراز غدد الأمعاء الدقيقة . وفى مثل هذه الحالات يصاب المرضى بالهزال وسوء التغذية وفقر الدم الناتج عن عدم قدرة المريض من الاستفادة من المواد الغذائية التى يأكلها .

* والمجموعة الرئيسية الأخرى المسببة للأسهال المزمن هى أمراض التهاب القولون التقرحى أو مرض (كرون) وكلاهما من الأمراض التى لم يتضح للآن العامل المسبب لها .

* وكيف يحدث الامساك :

لاشك ان السبب الأساسى فى شكوى الكثيرين من الامساك هو مجموعة من العوامل البيئية والعادات الصحية الضارة التى إن إجتمعت تسببت فى مرض العصر اى القولون العصبى وأهم أعراضه هى الامساك والمعاناة لدرجة الاجهاد عند التبرز وعدم القدرة على طرد محتويات القولون مهما كثر تردد المريض على دورة المياه وأهم هذه الأسباب :

— نقص الألياف فى الطعام واهم مصادرها الخبز الأسمر (الذى يحتوى على الردة) والنباتات الطازجة مثل الخيار والخس والجرجير .

— نقص الرياضة وقلة الحركة ولو حتى رياضة بسيطة مثل رياضة المشى .

— عدم انتظام مواعيد الطعام ومواعيد محددة او مريحة لزيارة دورة المياه . وهذا ناتج عن الحياة العصرية الحديثة وإيقاعها السريع مع إنشغال الفكر والذهن فوق الطاقة مما يتسبب فى الأرهاق غير الطبيعى .

* والعلاج :

من يأكل معى الخبز الأسمر :

علينا جميعا بالأكثار من الألياف فى طعامنا . والخبز البلدى الذى تكثر فيه الردة هو أهم علاج . وتوجد فى الصيدليات الآن هذه الردة على شكل حبوب يصفها الطبيب لمرضاه من الممسكين . . وحذار من المليَّنات التى ما هى الا علاج وقتى لحالة طارئة وإذا ادمن مريض الامساك استعمالها فانه مع مرور الوقت لن تفيده وسيطلب منها المزيد وبدون فائدة . . مع التركيز على إتباع العادات الاجتماعية السليمة فى الحياة اليومية والا فلن المصران الغليظ سينغص على المريض حياته ولن يفيده طب أو أطباء .

● الجــزء الثــانى ●

● الفصـــل التاسع :

عصـر المناظـير الضـوئية

● الفصـــل العاشر :

الدم الأســـود . .
ونزيف الجهاز الهضمى الحــاد . .

● الفصل التاسع ●

عصر المناظير الضوئية

* المصباح الكهربى والألياف الضوئية
* لا تخش الفحص بالمنظار ..
* لماذا نحتاج للفحص بالمنظار ؟
* أمراض الجهاز الهضمى من خلال المنظار



منذ نهاية الستينات ونحن نعيش عصرا جديدا هو « عصر المناظير الضوئية » واستعمالاتها المختلفة فى تشخيص وعلاج امراض الجهاز الهضمى . وبفضل تطبيق تكنولوچيا الألياف الضوئية أمكن ابتكار الأنواع العديدة من المناظير لتصبح بذلك الأداة الحديثة التى يستخدمها الطبيب لرؤية ما بداخل الجهاز الهضمى من أمراض خلال الضوء القوى الذى ينبعث منها . ولذلك فأن كثيرا من العلماء يعتبرون اختراع المنظار ذى الألياف الضوئية هو ثورة حديثة قلبت الأوضاع والموازين ، ولا يعادلها فى ذلك الا الثورة التى ظهرت بأختراع الأشعة (والذى تم فى القرن التاسع عشر بواسطة العالم الألمانى رونتجين) . ومنذ اختراع الأشعة لم يكن فى إستطاعة الأطباء استخدام وسيلة اخرى غيرها لرؤية ما بداخل الجهاز الهضمى ، إلى أن ظهر عصر المنظار الذى أتاح طريقة أخرى للرؤية بالعين المجردة وبطريقة مباشرة لم تكن متاحة أبدا من قبل .

....

* المصباح الكهربى والألياف الضوئية :

إن ضوء المصباح الكهربى المثبت به طرف سلك طويل متصل بمصدر للتيار الكهربى ، يتيح لنا الرؤية فى الظلام . وحيث أنه من المستحيل إدخال سلوك كهربية معدنية ومصباح داخل القناة الهضمية لانارتها ، فكان لابد من وسيلة أخرى لذلك . وهذه هى الميزة الكبرى للألياف الضوئية المصنوعة من الزجاج والتى تكون الجزء الأساسى من المنظار ، فهى الوسيلة المبتكرة للأضاءة داخل القناة الهضمية بدون اللجوء لاسلاك معدنية ومصابيح وكهارب .

وهذه الألياف تصنع على شكل أسلاك زجاجية طويلة غاية فى الدقة قطر الواحدة منها حوالى عشرة ميكرون فقط (الميكرون هو جزء من ألف من المليمتر) . أى أن المليمتر المربع الواحد منها به مائة من هذه الألياف الزجاجية الشفافة . وأن وضعناها بجانب بعضها البعض (كما نرى فى الأسلاك المعدنية) فانها تكون حزمة نطلق عليها اسم « الحزمة الضوئية » وهذه الدقة المتناهية فى صناعتها وحجمها تميزها بخاصية هامة أخرى وهى المرونة الزائدة ، مما يسمح لها بأن تنثنى وتنحنى فى اى وضع نريده بدون أن تتهشم او تنكسر . تماما كما نرى فى خصلة من الشعر الطويل مكونة من المئات من شعرات طويلة بجانب بعضها البعض ، لا تفقد شكلها أو خواصها مهما إلتوت أو انثنت .

وكما تعكس المرايا ضوء الشمس الذى يسلط عليها ، فإن الألياف الزجاجية الطويلة التى يتكون منها المنظار تعكس أيضا ضوء مصباح كهربى يسلط على طرف الحزمة الضوئية العلوى لينعكس عليها عدة مرات ناقلا الضوء الى طرف المنظار السفلى . وبواسطة وحدة للتحكم بها عجلة دائرية يمسك بها الطبيب اثناء فحص مريضه بالمنظار فإنه يوجه الطرف السفلى للمنظار المضىء فى اى أتجاه يريده حسب ما يراه من انحناءات فى الاتجاهات المختلفة للقناة الهضمية . تماما كسائق السيارة الذى يمسك بعجلة القيادة أثناء سيره فى شارع مظلم يرى

ما أمامه فى ضوء كشافات الاضاءة المثبتة فى مقدمة سيارته .

* الأجزاء المكملة للمنظار الضوئى :

وما سبق وصفه هو النظرية التى بنيت عليها فكرة المناظير ذات الألياف الضوئية وكيف استطاع العلم أن يكتشف الجهاز الهضمى . ولكن المتظار الضوئى والأجزاء المكملة له هو فى الواقع جهاز دقيق ومعقد للغاية ويعتبر قمة فى دقة الصناعة والابداع الهندسى . كذا فإن الأنواع العديدة من المناظير يتيح للطبيب تشخيص وعلاج المرضى تبعا للمكان المصاب من الجهاز الهضمى . وأهم مكونات المنظار والأدوات المكملة له هى :-

١ ـ قناة طولية قطرها حوالى ٢ ـ ٣ مليمتر تمتد من رأس المنظار الى طرفه السفلى يمكن من خلالها ادخال القساطر والأبر والجفوت لأخذ العينات وحقن الدوالى وقطع الزوائد . . الخ مما سيأتى شرحه فى مرحلة تالية .

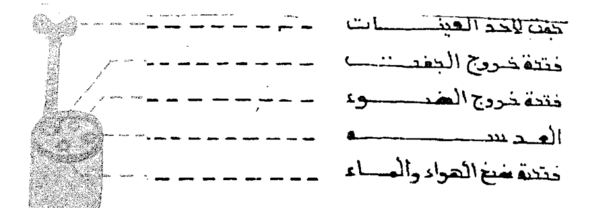
٢ ـ علبة معدنية بها مصدر قوى للضوء يتصل بها المنظار . وبها أيضا مضخة تدفع بالهواء أو تيار من الماء لطرف المنظار السفلى يساعد فى الرؤية وتنظيف عدساته اثناء الفحص .

٣ ـ كاميرا لتصوير الحالة المرضية بالألوان أو للتسجيل على جهاز فيديو ، مما يتيح متابعة حالة المريض أو لاستعمالها فى أغراض التدريب والتعليم لصغار الأطباء فى المعاهد الطبية .

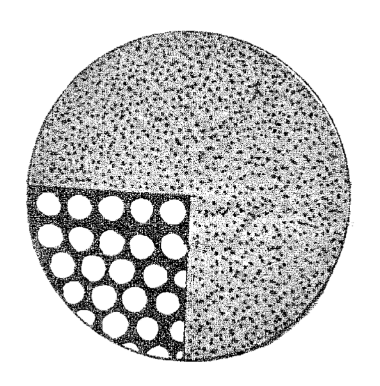
....

* الأنواع المختلفة للمناظير :

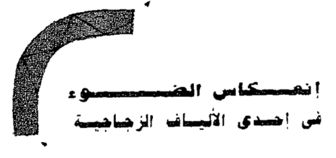
ولكل منظار من المناظير استخدام خاص حسب المكان الذى يريد الطبيب فحصه . ولهذا تعددت أنواعها وأشكالها وأطوالها وأهم أنواع المناظير هى :

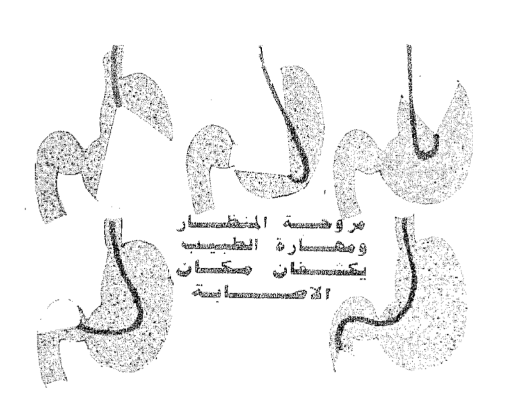


طرف المنظار



بداخل المنظار آلاف من الألياف الزجاجية المعزولة الدقيقة لنقل الضوء إلى الجزء المراد فحصه ، ولنقل صورة واضحة للطبيب عن هذا الجزء


انعكاس الضوء
فى إحدى الألياف الزجاجية


مرونة المنظار
ومهارة الطبيب
يكشفان مكان
الاصابة

* منظار القناة الهضمية العلوى ـ لفحص المرىء والمعدة والأثنى عشر .

* منظار القناة الهضمية السفلى ـ لفحص القولون بأكمله بما فيه المستقيم والشرج .

* منظار القنوات المرارية وقناة البنكرياس ـ ويتم تصويرهما بجهاز الأشعة بعد الحقن بمادة ملونة .

* منظار تجويف البطن ـ لفحص الغشاء البريتونى ومحتوياته من احشاء خاصة الكبد .

وهكذا امكن فى عصر المناظير الضوئية أن ترى عين الطبيب وتصل يده الى كل عضو من أعضاء الجهاز الهضمى . وتحقق حلما بعيدا من أحلام الطب طال أنتظاره .

....

* لا تخش الفحص بالمنظار :

إن الانزعاج والقلق من شىء غريب نجهله هو تصرف إنسانى بحت . وهذا ما يشعر به المريض عندما يخبره الطبيب أنه يحتاج لاجراء فحص بالمنظار لتشخيص حالته . وهنا يتساءل المريض وعلى طبيبه أن يجيب :ـ

* هل أستطيع أن أتحمل إدخال منظار فى جسدى ؟

* نعم ـ لأن المنظار انبوب رفيع أملس لين . ومغلف من الخارج بالبلاستيك وليس به أية نتؤات أو أجزاء صلبة قد تؤدى الى خدش أو قطع بالانسجة .

* وكيف لا أشعر أو اتقيأ عند دخول المنظار من فمى ؟ أنى لا اتحمل أن يلمس حلقى أى شىء ؟

* لا تخش من ذلك لانى ساخدر الغشاء المخاطى للحلق بمادة كيميائية ترش بسهولة من بخاخة تجعلك لا تشعر عند ادخاله . كذا ساغطى طرف المنظار السفلى بمرهم خاص يسمح بانزلاق المنظار بسهولة .

* ولو . . أريد بنجا كليا . لا أريد أن أشعر بشيء على الاطلاق .

* لاداعى لذلك . . أن فحصى لك بالمنظار لن يستغرق وقتا طويلا . وان صممت فأنى لن أعطيك مخدرا ، ولكن حقنة مهدئة بالوريد ، لها مفعول وقتى قصير تجعلك مسترخيا لدقائق وستنسى بعدها تماما ، ولن تتذكر أنى قد أتممت فحصى .

* ولماذا كل هذا ؟ . . أنى عملت أشعة للمعدة ألم تبين لك كل ما تريد أن تعرفه عن حالتى ؟

* الأشعة هامة ومفيدة ولكن هناك أشياء نراها بالمنظار لا تستطيع الأشعة أن تظهرها . وهناك أمراض كثيرة تظهر بوضوح فى الأشعة ولكنى قد احتاج لأخذ عينة من الغشاء المخاطى للمعدة . . وهذا ما لا يمكننى عمله بدون فحصك بالمنظار .

ومما لا شك فيه أن الخبرة والمران للطبيب المعالج والثقة المتبادلة بينه وبين مريضه هما الأساس الأول فى طمأنه المريض وتعاونه . ولا ينطبق ذلك فقط على الفحص بالمنظار ولكن جوهر مهنة الطب بصفة عامة ـ هو العلاقة الوثيقة بين الطبيب ومريضه فى كل مرحلة من مراحل العلاج .

* لماذا نحتاج للفحص بالمنظار ؟

ولذلك لا داعى للقلق ولا تخش من المنظار للأسباب الرئيسية الآتية :

١ ـ سهولة الفحص وعدم الشعور بأى ألم أو حدوث مضاعفات غير متوقعة .

٢ ـ أهمية الفحص بالمنظار مقارنة بوسائل التشخيص الأخرى حيث أنه يتيح تأكيدا لحالة المرضى قد يكون من المستحيل معرفتها بدونه .

٣ ـ واذا احتاج المريض لعملية جراحية فإن الجراح يطلب أيضا أجراء فحص بالمنظار ليعلم بدقة متناهية مكان المرض ونوعه ولا يلجأ

كما يحدث فى بعض الأحيان (كما كان الأمر فى الماضى) لاجراء جراحة استكشافية مما يسهل عمله ويعود بالنفع على المريض .

٤ ـ استخدامات المنظار كطريقة للعلاج فى بعض امراض الجهاز الهضمى وما يعنيه ذلك من طرق مستحدثة للشفاء بكفاءة وسهولة لم يعرفها الطب من قبل .

....

* أمراض الجهاز الهضمى من خلال المنظار

إن المنهج الطبى لكشف أسرار مرض من الأمراض هو البحث العلمى عن أسبابه ودراسة أعراضه ومضاعفاته . وبالكشف الاكلينيكى على المريض نحدد نوع الأشعة أو الفحوص المعملية المطلوبة لتشخيص المرض ، ويتلو ذلك مرحلة العلاج سواء كانت علاجا دوائيا او جراحيا . ولا تختلف أمراض الجهاز الهضمى فى ذلك عن غيرها من الأمراض ، ولكن فى عصر المناظير الضوئية ، وبعد ان اصبح كل جزء من اجزاء الجهاز الهضمى تحت الرؤية المباشرة لعين الطبيب ، فإن اعتمادنا عليها واحتياجنا لها يزداد يوما بعد يوم ، حيث أنها طريقة أكيدة ومباشرة لمعرفة المرض واكتشاف اسبابه ، وهذا ما يميزها عن الوسائل الأخرى التى عرفها الطب من قبل .

ولذلك رايت ان اتبع اسلوبا مختلفا تماما فى شرح أمراض الجهاز الهضمى فى هذا الجزء من الكتاب . وذلك بأن أشارك القارىء فيما يكتشفه الطبيب أثناء الفحص بالمنظار . ثم اذكر بعد ذلك أهم أمراض الجهاز الهضمى وأعراضها ووسائل علاجها . ولعلى بذلك أكون قد اسهمت فى تبسيط الحقائق الطبية الجافة للقارىء ، ونعيش معا فى عصر الطب الحديث مع التركيز على كل ما هو جديد وهام فى طرق التشخيص والعلاج .

* * *

● الفصل العاشر ●

الدم الأسود

ونزيف الجهاز الهضمى الحاد

- علاج سريع من الصدمة
- نصف كوب من الدم تكفى
- أسباب النزيف من خلال المنظار
- دوالى المرىء بالمنظار
- المنظار والكى الضوئى والكهربى

الدم الأسود
ونزيف الجهاز الهضمى الحاد

ألو . . دكتور حالة نزيف هضمى حاد . . ونقلته لغرفة الانعاش . نعم أعطيته لترين دم بالوريد . . النبض كان ١٢٠ فى الدقيقة والضغط ١٠٠ / ٧٠ شفط المعدة ما زال به دم . . لا . . لم أجد دما آخر من فصيلة المريض فى بنك الدم . . نعم طلبت حضور بعض أقاربه لفحص فصيلة دمهم ليتبرعوا بدم إحتياطى إن إحتجنا اليه . . سأبلغ الحكيمة فى قسم المناظير لتستعد عند حضورك لعمل حقن لدوالى المرىء .

● حالة طوارىء قصوى :

هذه قصة يومية متكررة ـ قصة نزيف الجهاز الهضمى المفاجىء وهو اشد المضاعفات خطرا على حياة المريض ، وينقلب قسم الانعاش بالمستشفى الى خلية نحل من الأطباء والمساعدين والممرضات . . كلهم من أجل إنقاذ المريض فى هذه الحالة الحرجة . . إنها مسألة حياة أو موت ويجب إيقاف النزيف بأسرع وقت ممكن وعلى فريق الأطباء وهيئة التمريض التعاون التام والتنسيق فيما بينهم لسرعة وحسن التصرف وكلما إزدادت الخبرة والكفاءة . . فإن النتائج تكون افضل . ولهذا تجرى سلسلة من الخطوات الواحدة تلو الأخرى لمريض النزيف وهى :

١ ـ علاج سريع من الصدمة :

● على الفور يجب إعطاء المريض لتراً ونصف لتر من الدم من نوع فصيلته . وإن لم يتواجد يستعاض عنها بالبلازما الى أن نبحث له بين اقاربه أو معارفه عن فصيلة دم مشابهة ، والبحث فى بنوك الدم المختلفة عن أى كمية إضافية قد يحتاجها المريض .

٢ ـ ملاحظة مستمرة للوظائف الحيوية للمريض :

● قياس لسرعة النبض والتنفس والضغط وملاحظة التغيرات التى تطرأ . إنها علامة هامة تعطى مؤشرا عن تطور حالة المريض .

● وضع انبوبة « رايل » من فتحة الأنف تصل الى تجويف المعدة . وهى أنبوبة رفيعة من البلاستيك يشفط من خلالها كميات الدم التى تجمعت فى المعدة وعمل غسيل للمعدة . . وكل مريض يحتاج لهذه الأنبوبة حتى لو كان النزيف بسيطا . . لأنها الوسيلة الهامة لاكتشاف حالة النزيف إن حدث مرة أخرى . لأن الشفط فى هذه الحالة سيظهر وجود الدم .

● عمل فحوص معملية اهمها تقدير نسبة الهموجلوبين بالدم وتكرارها مرة كل ٢٤ ساعة . . وهذا يبين للطبيب درجة الأنيميا أو فقر الدم الذى تسبب عن النزيف .

٣ ـ فحص المريض بالمنظار الضوئى :

● ما أن تستقر الحالة العامة للمريض . . فإن فحص المريض بالمنظار يجب أن يتم خلال ٢٤ ـ ٣٦ ساعة من بداية النزيف :

● ليس هنلك وسيلة أخرى غير المنظار لاكتشاف سبب النزيف الحاد . الأشعة قد تساعد ولكنها لا تؤكد مصدر النزيف .

● إن كان سبب النزيف دوالى المرىء فإنه يجب حقنها فورا عن طريق المنظار لايقاف النزيف وإن كان سببه شريانا نازفا من قرحة

بالمعدة أو الاثنى عشر فيجب علاجه بالكى الكهربى عن طريق المنظار (فى بعض الحالات) .

٤ - تحضير المريض لاجراء جراحة عاجلة :

● حسب الحالة العامة للمريض وحسب شدة النزيف وسببه كما ظهر من فحص المنظار .

● يجب مشاركة الجراح فى تقييم الحالة .

● ثم إجراء جراحة عاجلة خاصة لايقاف النزيف الشديد من قرحة المعدة أو الاثنى عشر .

هذه هى قصة الأحداث وتلاحقها وتتابعها السريع للتعامل مع حالة نزيف حاد من الجهاز الهضمى . ويأتى بعد ذلك أن نعرف الأسباب والأمراض التى تؤدى لذلك وكيفية التشخيص والعلاج بالمنظار ووسائل العلاج الأخرى .

● الدم الأسود هو نزيف حاد :

إذا وضعت فى كوب من الماء كمية من الدم وأضفت اليها حامضا . . فإن ناتج تفاعل مادة الهموجلوبين الموجودة فى كرات الدم الحمراء مع الحامض هو مركب كيميائى إسمه « الهيماتين » وهو ذو لون بنى قاتم أو اسود (مثل لون البن المطحون) . وهذا ما يحدث عندما ينزف المريض من جهازه الهضمى العلوى حيث يتفاعل سائل المعدة الحمضى مع الدم مؤديا الى قئ بنى قاتم . وإن تبرز المريض فإن لون البراز يكون أسود فى لون الفحم . وهذا البراز يميل لليونة وله رائحة كريهة .

● نصف كوب من الدم تكفى :

وقد تختلف شدة النزيف . فعندما يفقد المريض كمية بسيطة نسبيا مثل ٢٠٠ - ٣٠٠ سم فإنه وإن لاحظ برازا ذا لون أسود أو قئ بنى اللون فإنه عادة لا يشعر بهبوط أو ضعف . ولكن إذا زاد ما نزفه المريض عن ٥٠٠ سم فإنة يصاب عندئذ بحالة من الهبوط والعرق

ويشعر بالدوار وسرعة دقات القلب . أما إن كان النزيف حادا للغاية أو بكمية كبيرة فإنه يصاب بصدمة عصبية وإغماء مع هبوط شديد بالضغط ، وقد لا يكون هناك وقت كاف لتحول الدم الى مادة الهماتين السوداء ويتقيأ المريض أو حتى يتبرز دما أحمر قانيا ، وهذه أشد حالات النزيف خطورة .

ولقد قدر العلماء كمية الدم التى تؤدى الى تحول البراز للون الأسود ، فوجدوا أنها ٦٠ سم فقط (أى حوالى نصف كوب من الدم) . ولذلك لا يجب على المرضى أن يتهاونوا إن فلجأهم قىء بنى قلتم أو براز أسود اللون . ففى ذلك تحذير كاف وعلامة للنزيف حتى ولو لم يشعروا بأى هبوط أو ضعف . . وفى كثير من الأحوال يكون هذا التحذير هو البداية فقط ، يتلوها فى وقت لاحق نزيف أشد حدة وخطورة .

● أدوية تسبب البراز الأسود :

ولكن ليس أى براز أسود هو نزيف . فمن المعروف أن من يتعاطون بعض الأدوية من مركبات الحديد أو الفيتامينات التى تحتوى الحديد كذا البزموت وأقراص الفحم يلاحظون أن لون البراز أسود . ولكنه يختلف عن الدم الأسود فى انه ليس لينا او ذا رائحة كريهة ، ولا يصاحب ذلك أى أعراض مرضية أخرى .

أسباب النزيف الهضمى من خلال المنظار :

إن أهم أسباب النزيف الهضمى مرتبة حسب إنتشارها فى مصر هى كالآتى :

(١) دوالى المرىء .

(٢) قرحة الاثنى عشر والمعدة .

(٣) التهابات الغشاء المخاطى وتقرحاته السطحية فى المرىء والمعدة والاثنى عشر .

(٤) القطع الحاد بالغشاء المخاطى لأسفل المرىء عند إتصاله بالمعدة .

(٥) أورام المرىء والمعدة .

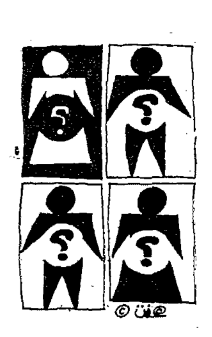
ولما يتميز به المنظار الضوئى من خصائص فقد أصبح الآن هو الوسيلة الفعالة لكشف أسباب النزيف ، ويستخدم بطريقة روتينية فى المستشفيات والوحدات الطبية المتخصصة للميزات الآتية :

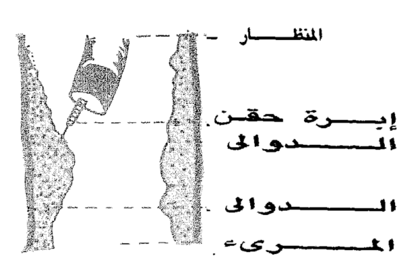
● الدقة فى كشف سبب النزيف ، وخصوصا فى الحالات التى لا تظهر فى الأشعة ، مثل التهابات الغشاء المخاطى أو قطع به مما يتسبب فى نزيف شديد للغاية .

● تحديد مصدر النزيف إن كان المريض مصابا بدوالى بالمرىء وقرحة بالاثنى عشر فى آن واحد مثلا . ونستطيع بذلك أن نعرف أى منها المتسبب فى النزيف .

● سرعة رسم خطة العلاج إن كان بوسائل طبية أو جراحية وتوفير وقت ثمين ينعكس أثره على حياة المريض نفسه .

● دور المنظار العلاجى فى إيقاف النزيف بواسطة حقن الدوالى أو استخدام الكى الضوئى بأشعة الليزر أو الكى الكهربى فى حالات النزيف من الشعيرات الدموية .





حقن دوالى المرىء

● علاج نزيف دوالى المرىء بالمنظار :

دوالى المرىء هى الأوردة المنتفخة التى تتكون أسفل المرىء نتيجة لتليف الكبد . وتنتج عن إرتفاع منسوب الضغط فى الوريد البلبى للكبد . وأهم أسبابها (وسنشرحها بالتفصيل فى مرحلة قادمة) هى مرض البلهارسيا والتهاب الكبد الفيروسى المزمن . ويتم علاج الدوالى النازفة بالطرق الآتية :

● تعويض ما فقده المريض من دم الى أن تستقر الحالة . وذلك بنقل كميات كبيرة من الدم له .

● إستعمال عقار « فازوبرسين » بالوريد وهو مادة تتسبب فى إنقباض الأوردة لاقلال كمية النزيف منها .

● وضع أنبوبة خاصة بها جزء مطاطى يحيط بها من الخارج عن طريق إدخالها للمرىء والمعدة من فتحة الأنف ونفخها بالهواء . وهذا يؤدى الى الضغط على الدوالى لايقاف النزيف . وهذه الأنبوبة نطلق عليها إسم « أنبوبة سنجستاكين » وهو إسم الطبيب الذى ابتكرها .

● حقن دوالى المرىء بالمنظار . ويتم ذلك بواسطة إبرة يغرس الطبيب طرفها داخل الدوالى النازفة ويحقنها بعقار « إيثانولامين » وهو مادة كيميائية ذات مفعول يؤدى الى التئام الغشاء الداخلى للدوالى فيتوقف تدفق الدم منها ويستمر الطبيب فى تكرار عملية الحقن هذه الى أن يتأكد بالرؤية المباشرة أن النزيف قد توقف تماما (أنظر الرسم) .

ولكل من هذه الطرق التى ذكرتها فوائد ومضار . وقد يلجأ الطبيب لطريقة أو لأخرى حسب شدة النزيف وحالة المريض . لكن ثبت من الأبحاث الطبية أن الطريقة المثلى والأفضل ـ إن أمكن ذلك ـ هى طريقة الحقن بالمنظار . وأثبتت الأبحاث أن نسبة إيقاف النزيف الحاد من الدوالى بواسطة الحقن تصل الى ٩٠ ٪ وبعد ذلك على الطبيب أن يوالى حقن مريضه فى فترات متقاربة الى أن تلتحم الدوالى كلها حتى لا يتعرض مرة أخرى للنزيف . واستخدام المنظار للتخلص من الدوالى هو الآن الأسلوب العلاجى المفضل فى كل المركز الطبية العالمية .

● المنظار والكى الضوئى والكهربى :

وحتى الآن لم يصل الطب الى السبب الحقيقي للاصابة بقرحة الاثنى عشر والمعدة (الأولى اكثر إنتشارا) او السبب فى التهابات الغشاء المخاطى والتقرحات السطحية التى تحدث به وتؤدى الى النزيف الحاد . ولكن ثبت انها تحدث أو تزداد باستعمال بعض الأدوية أو فى حالات مرضية معينة مثل :

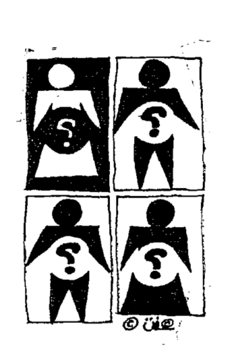
- ● الاسبرين ومشتقاته .
- ● أدوية الروماتزم بانواعها المختلفة .
- ● الافراط فى تعاطى المشروبات الكحولية ..

● سوء الحالة العامة للمرضى المصابين بالحروق والتسمم الميكروبي .

وأمراض الكلى وارتفاع نسبة البولينا بالدم . وقد تحدث أيضا بعد إجراء العمليات الكبرى مثل جراحات المخ مثلا .

وبالاضافة لدور المنظار الرائد في اكتشاف هذه التقرحات فلقد أمكن باستعمال الكى الضوئى بأشعة الليزر أو الكى الكهربى أن نوقف النزيف الحاد من هذه التقرحات بواسطة تسليط تيار ضوئى يؤدى الى تجلط مكان النزيف أو بتمرير تيار كهربى كاوى بواسطة قسطرة معدنية خاصة تدخل من تجويف المنظار الطولى الى مكان الشريان النازف الذى نراه بوضوح من خلال المنظار . وكل هذا يتم في دقائق معدودة وبطريقة حاسمة وبدون اللجوء للتخدير ولغرفة عمليات ولمضاعفات كثيرة محتملة بعد أن دخلنا في عصر المناظير العلاجية .

● ● ●



● الجزء الثالث ●

● الفصل الحادى عشر :

القرح الهضمية : قرحة المعدة والاثنى عشر

● الفصل الثانى عشر :

الحصوات المرارية والمنظار

● الفصل الثالث عشر :

أيها الكبد العظيم : كيف تمرض

● الفصل الرابع عشر :

أمراض القولون

● الفصل الحادى عشر ●

القرحة الهضمية .. قرحة المعدة والاثنى عشر

- لماذا المنظار . . لتشخيص القرحة ؟
- ثلاثة أعراض للقرحة الهضمية
- الحموضة ليست من أعراض القرحة
- عوامل تصاحب القرحة
- أحدث علاج للقرحة
- مريض القرحة . . ماذا يأكل ؟

لقد ذكرنا فى باب سابق أن الغشاء المخاطى لجدار المعدة يفرز مادة مخاطية لتحميه من تأثير عصارة المعدة الحمضى وما يحتويه من خمائر (أهمها خميرة البيبسين) . ولكن إن حدث لسبب أو لآخر أن تآكل جزء من هذا الغشاء فاننا نعرفه طبيا باسم « القرحة الهضمية » التى قد تكون سطحية او عميقة . مثلما نرى إن حدث قطع أو جرح فى الجلد ، فقد يكون أيضا جرحا سطحيا أو عميقا .

ونطلق اسم القرحة الهضمية على قرحة المعدة أو قرحة الاثنى عشر . ومع اختلافهما فى المكان والاسباب وفى بعض الاعراض ، فإنهما يشتركان سويا فى تعرضهما لافرازات المعدة الهاضمة . وبدون وجود حامض وعصارة هضمية ما حدثت قرحة على الاطلاق - أى أنهما قرح بتأثير الحامض والبيبسين .

وقرحة الاثنى عشر أكثر انتشارا من قرحة المعدة « بنسبة لا تقل عن ٤ الى ١ » وقد تكون هذه النسبة أكثر كثيرا من ذلك فى الدول النامية عنها فى الدول المتقدمة ، بالاضافة الى ازديادهما المطرد فى دول العالم الثالث بالنسبة للدول الاكثر تقدما . وهذا ما يعطى للقرحة الهضمية اهمية خاصة فى منطقتنا لكثرة انتشارها وما تسببه من متاعب ومضاعفات .

وينطبق ذلك على أهمية استخدام المنظار فى اكتشافها ومتابعة الحالة المرضية لمرضى القرحة الهضمية .

....

● حـديث ذو شجـون

ولو كان للمعدة والمنظار أن يتجاذبا أطراف الحديث لقالا :

— ما هذا الضوء المبهر ؟ لقد عشت حياتى كلها منذ الخليقة وأنا فى ظلام دامس . . . من أنت ؟

— أنا المنظار الضوئى ذو الالياف يستخدمه طبيبى فى هذا العصر الطبى الحديث لارى بوضوح ماذا اصابك . . لا تخاق فانى لن أتسبب لك فى اى ضرر أو ألم .

— ماذا تبحث عنه عندى ؟ انى تعودت من طبيبك اذا أراد اكتشاف أن يصورنى باشعة الباريوم . . فلماذا لم يكتف بالاشعة فقط ؟

— هذا سؤال هام للغاية . . ولا أستطيع أن اجيبك عليه فلنسأله هو .

* * *

● لماذا نحتاج للمنظار لتشخيص القرحة ؟

ليس هنلك مجال للنقاش فى أهمية استخدام أشعة الباريوم لتشخيص القرحة الهضمية ، لأنها وسيلة سهلة ومتاحة فى كل المستشفيات ومراكز العلاج . ومع ذلك فان لها سلبياتها التى يغطيها ويكملها الفحص بالمنظار .

* ٣٠ ٪ من قرح الاثنى عشر لا يظهرها فحص الأشعة ، أى أن هناك ثلاثة من كل عشرة مرضى يعانون من القرحة ، وتكون نتيجة الفحص بالاشعة أن الاثنى عشر سليمة فى حين ان هذه النسبة فى حالة قرحة المعدة تصل الى ١٠ ٪ فقط .

* قدرة المنظار على أخذ العينات من الغشاء المخاطى لقرحة المعدة للفحص الباثولوچى لا حتمال كونها قرحة خبيثة . أما قرحة الاثنى عشرة فمن المعروف عمليا انها دائما قرحة حميدة .

* إذا اشتكى مريض القرحة بعد علاجـه منها بالجـراحة ،

فإن الفحص بالمنظار لا غنى عنه لاكتشاف التهابات جدار المعدة ، وارتجاع سائل الصفراء الذى يهيج الغشاء المخاطى لها . كذا لتشخيص القرحة التى قد تنشأ فى مكان الوصلة الجراحية بين المعدة والامعاء .

* بعد علاج القرحة الهضمية بالادوية ، فان متابعة تطور الحالة للتحقق من شفاء القرحة والتئامها هو من أهم استعمالات المنظار .

* فحص حالات النزيف الهضمى وان كان ناتجا من القرحة أو لسبب آخر ، ودور المنظار الرائد فى اكتشاف أسباب النزيف (انظر قبله) .

ومن هذا تتضح أهمية المنظار واستخداماته فى كشف القرح الهضمية ومضاعفاتها . وهو مع الأشعة يكملان بعضهما البعض كوسائل تشخيصية هامة . ويعتمد استخدام احدهما أو كليهما على الخبرة المتاحة والكفاءة المتوافرة فى المكان الذى يمارس فيه الطبيب عمله وحسب الحالة المرضية التى يواجهها .

....

● الأعراض الثلاثية للقرحة الهضمية :

ومع أن هناك فروقا اكلينيكية بين أعراض قرحة المعدة وقرحة الاثنى عشر ، إلا أن الاعراض الثلاثة التالية هى أهم أعراض القرحة الهضمية بصفة عامة .

١ ـ ألم فم المعدة ـ أو الجزء العلوى من تجويف البطن :

* وهو ألم مستمر (وليس مغصا) .

* يصفه المريض كأن أحدا يقبض على معدته أو يعض عليها .

* يزداد الألم عند الاحساس بالجوع .

* يخف الالم بعد تناول الطعام أو أدوية الحموضة .

٢ ـ آلام الفجر :

التى تفاجىء المريض فى الساعات الأولى من الصباح وتوقظه من النوم العميق . وهذا الألم الليلى تتميز به قرحة الاثنى عشر بالذات .

٣ ـ الانتكاسات الدورية :

وهذه خاصية لا يدرى لها الطب سببا . فبعد فترة شدة ومعاناة تمتد لاسابيع مع القرحة وآلامها تنتهي الالام وتختفى كل الاعراض لمدة شهور ثم تنتكس القرحة مرة أخرى بعد أن ظن المريض أنه شفى منها نهائيا . وفترات الراحة أو المعاناة وتكرارها ليس لها نمط معين أو ميعاد محدد فكل حالة ـ أو قرحة ـ حسب مزاجها فقد تعود مرة فى السنة أو مرات !

● الحموضة ليست من أعراض القرحة :

إذا اشتكى مريض من الحموضة فقد يظن انه مصاب بقرحة . وهذا خطأ شائع والصحيح أن الاعراض الثلاثة لقرحة المعدة ليس من بينها الشكوى من الحموضة على الاطلاق . فان حدثت فان المريض قد يكون مصابا بالتهاب المرىء المزمن الناتج عن ارتجاع السائل الحمضى لأسفل المرىء (كما ذكرنا فى باب سابق) وهذا مرض آخر تماما ولكنه بالتأكيد ليس قرحة هضمية .

حامض × معدة = قرحة :

هناك معادلة او توازن قائم بين إفراز الحامض والببسين ومقاومة الغشاء المخاطى لتأثيرهما ، وهو الذى يمنع حدوث القرحة . ولكن إذا حدث خلل لسبب أو آخر فى هذا التوازن فان العوامل تتهيأ لحدوث القرحة . وهذه العوامل التى قد تؤدى لظهورها هى :

* زيادة فى إفراز السائل الحمضى .
* ضعف فى مقاومة الغشاء المخاطى .
* حدوث الاثنين معا .

ولكن كيف يحدث هذا ومتى ولماذا ؟ . . كلها اسئلة ما زالت تحتاج لاجابات شافية لم نصل لمعرفتها بعد . وهذا فعلا من الأمور

العجيبة . . . . أن يعلم الطب ويعرف كل شيء عن القرحة الهضمية وأعراضها ووسائل تشخيصها وعلاجها ، ولا يدرى للآن السبب الحقيقى فى حدوثها . . وبالرغم من اننا ندرى كثيرا عن « العوامل » التى تساعد على حدوث القرحة ولكنها ليست بالقطع « الاسباب » التى أدت اليها . . . وهناك فرق كبير من الناحية العلمية بين العوامل والاسباب .

● عوامل تصاحب القرحة الهضمية :

* زيادة أفراز الحامض :

وهذا عامل مساعد هام بالنسبة لقرحة الاثنى عشر فقط . أما فى حالة قرحة المعدة فلن نسبة افراز الحامض لا تلعب دورا هاما . فقد يكون طبيعيا أو حتى أقل من النسبة الطبيعية .

* ضعف مقاومة الغشاء المخاطى :

وهذا هوالعامل الاساسى بالنسبة لقرحة المعدة خاصة فى المرضى الذين يعانون من سوء حالتهم العامة الناتجة عن اصابتهم بأمراض مزمنة مثل الفشل الكلوى وتليف الكبد أو امراض الرئة المزمنة .

* العوامل الوراثية :

تزداد نسبة الاصابة بالقرحة الهضمية فى الاقارب من الدرجة الاولى عنها بين المرضى من غير ذوى القربى لدرجة تصل فيها النسبة ٣ : ١ أى أن هؤلاء الاقارب عندهم الاستعداد الوراثى للاصابة بها أكثر من غيرهم .

● التدخين :

أثبتت الاحصائيات الطبية ازدياد الاصابة بالقرحة الهضمية بين المدخنين وصحيح ان هذه النسبة بسيطة ولكنها أكيدة .

* تعاطى الاسبرين وأدوية الروماتيزم والكورتيزون :

لقد ثبت وجود علاقة وطيدة بين تعاطى الاسبرين والتهابات جدار المعدة الحادة والاصابة بالتقرحات السطحية بغشائها المخاطى مما قد

يؤدى الى النزيف الحاد . أما بالنسبة لأدوية الروماتيزم فان استعمالها أخف ضررا من تاثير الاسبرين .

وتأثير هذه الادوية مقصور على غشاء المعدة فقط ولكنه لا يؤثر على الغشاء المخاطى للاثنى عشر ، ولا يحدث به تقرحات ولكن إن كان المريض مصابا فعلا بالقرحة باحد نوعيها او كان عنده الاستعداد للاصابة بها ، فان هذه الادوية لها تأثير ضار للغاية . أما عن عقار الكورتيزون فلن استعماله ليس له اية علاقة بالقرحة الهضمية . وهذا عكس ما كان مفهوما فى السابق . ولم يثبت من الاحصائيات الطبية الحديثة ازدياد نسبة الاصابة بالقرحة فى المرضى الذين يتعاطون الكورتيزون عن غيرهم من المرضى .

....

● وسائل محدودة للوقاية :

وكهذا نجد ان هنالك عوامل كثيرة متداخلة ومتغيرة تهيىء الظروف للاصابة بالقرحة الهضمية ، ولكننا للآن لم نصل بعد للسبب الحقيقى لها . ولذلك فليست هنالك وسائل ننصح بها للوقاية من الاصابة بالقرحة الهضمية ، لأن اغلب العوامل التى تصاحبها لا حيلة لنا فيها .

....

● العلاج الحديث للقرحة الهضمية :

نتيجة للتقدم العلمى السريع فى السنوات القليلة الماضية ، تغيرت المفاهيم السائدة لعلاج القرحة الهضمية تماما . ويعتمد العلاج الحديث للقرحة الآن ـ سواء كان بالدواء أو بالجراحة ـ على الاقلال من كمية الحامض الذى تفرزه المعدة . فلولا الحامض لما وجدت القرحة أصلا .

* ومنذ عام ١٩٧٧ استعمل لاول مرة مركب دوائى جديد يختلف عن الأدوية التقليدية لعلاج القرحة فى أن له القدرة على الاقلال من إفراز

الحامض - (نعرفه باسم « تاجاميت ») - وتلا ذلك استنباط مركبات كيمائية مختلفة لها نفس تأثير التاجاميت .

* وصاحب ذلك بل وسبقه اختلاف الاسلوب الجراحى لعلاج القرحة الهضمية ، وذلك بالاعتماد اساسا على قطع العصب الحائر المتصل بالمعدة (وهو الذى يتحكم فى افراز الحامض) . واستعاض الجراح بذلك عن الجراحات التقليدية السابقة والتى كان يستأصل فيها جزء كبير من المعدة . وهذا الاسلوب الجراحى الجديد ساعد كثيرا فى تخلص المريض من الأعراض الجانبية والمضاعفات التى كانت تنتج عن هذه الجراحات .

* وبناء عليه تحسنت فرص الشفاء لمرضى القرحة بدرجة كبيرة وبمضاعفات اقل كثيرا عن ذى قبل وأصبح السؤال المطروح الان هو : متى نستعمل الدواء لعلاج القرحة ؟ ومتى نلجأ للجراحة ؟

....

● العلاج الدوائى للقرحة الهضمية :

إن الهدف من العلاج الدوائى للقرحة هو :

* شفاء المريض من الأعراض .
* التئام القرحة تماما .
* التقليل من احتمال الاصابة بمضاعفات القرحة .

وعقار « التاجاميت » - أو بدائله - بما له من الميزات حقق هذا الهدف بطريقة فعالة ، جعلتنا الآن نعتمد عليه اعتمادا كليا كأساس للعلاج الدوائى للقرحة . وكما سبق أن ذكرنا أصبح من الممكن باستخدام المنظار أن نتابع حالة القرحة ونتحقق من التئامها . وأثبت كثير من الدراسات أن « التاجاميت » فى الجرعات الموصوفة يؤدى الى التئام كامل للقرحة بعد شهرين من استعماله فى أكثر من ٩٠ ٪ من الحالات . فاذا كانت القرحة ما زالت فى مراحلها الأولى ولم يحدث بها تليف بعد ، فان متابعة الحالة بواسطة المنظار تؤكد شفاء القرحة

تماما ، لدرجة يصعب أو يستحيل على الفاحص أن يرى لها أى أثر باق .

ولكي نصل الى الشفاء التام باستعمال هذه العقاقير يجب اتباع الآتى :

* الاستمرار فى تعاطى الدواء يوميا ولفترة لاتقل عن شهرين حسب الجرعة الموصوفة بواسطة الطبيب . وسيشعر المريض باختفاء آلام القرحة بعد أيام قليلة من بداية العلاج مما قد يشجعه على ترك الدواء . . وهذا خطأ كبير حيث أن اختفاء الاعراض لا يعنى شفاءه من القرحة . ولذا يجب عليه الاستمرار فى تعاطى الدواء .

* الابتعاد تماما عن تعاطى الاسبرين وأدوية الروماتيزم والاقلاع عن التدخين أو الاقلال منه قدر الامكان . فلقد ثبت طبيا أن هذه الادوية والافراط فى التدخين يؤدى الى عدم فاعلية الدواء وعدم التئام القرحة .

....

● الأهمية القصوى لا ستمرار العلاج :

وبعد الفترة الاولى من العلاج المكثف واستقرار الحالة تبدأ مرحلة أخرى هامة لمنع انتكاس القرحة مرة أخرى . ولتحقيق هذا الهدف يجب علينا :

* متابعة تطور حالة القرحة . . وذلك باعادة الكشف بالمنظار للتاكد من التئامها تماما .

* ثم إستعمال الدواء فى جرعة مخفضة تعطى مرة واحدة فقط قبل النوم مباشرة .

* ويستمر المريض فى تعاطى هذه الجرعة المسائية لسنوات طويلة وبدون توقف .

وهنا أيضا قد يتساءل المريض ـ وله الحق فى ذلك . . . إلى متى سأستمر فى أخذ الدواء . . . أنا الآن كويس وكفاية تكاليف وحتى لا أشعر انى ما زلت مريضا .

صحيح كل هذا . . . وعلى الطبيب أن يوضح لمريضه بكل الوضوح والامانة أسباب ذلك . فبدون فهم المريض وتعاونه الكامل ، فان انتكاسة القرحة فى طريقها اليه لا محالة :

* ثبت طبيا أن أنتكاسة القرحة تحدث أن توقف المريض عن تعاطى الجرعة المسائية المخفضة .

* وعلى العكس فان استمرارية تعاطيها يمنع حدوثها مرة أخرى . . فهذه خاصية من خصائص القرحة وأعراضها ـ كما ذكرنا من قبل ـ وهى خاصية « الانتكاسات الدورية » .

* ولم يثبت بعد استعمال الدواء لسنوات طويلة وفى ملايين المرضى فى كل انحاء العالم ، أن هذه الجرعة لها أية مضاعفات أو آثار جانبية .

* ولايجب على المريض أن يتعجب عندما يطلب منه طبيبه المداومة على تعاطى الدواء . . فهذا يحدث دائما فى أمراض كثيرة كمرضى السكر والضغط والقلب . . . الخ التى يطالب فيها الطبيب المداومة على استعمال الدواء ولا تختلف القرحة الهضمية فى ذلك عن غيرها من الامراض .

* فهذا هوالسبيل المتاح أمام الطب لشفاء القرحة وعدم تعرض المريض مرة أخرى لاعراضها أو مضاعفتها .

....

● العلاج الجراحى للقرحة الهضمية :

ولكن إذا ثبت أن القرحة لم تستجب للعلاج الدوائى ، أو حدثت مضاعفات للمريض ، فهنا يجب ان نلجأ للعلاج الجراحى . أى أن الطبيب يرى فى الحالات الآتية أن الجراحة لابد منها :ـــ

* عدم التئام القرحة برغم العلاج الدوائى المكثف لفترة طويلة ـ كما يرى من متابعة الحالة ، والتأكد من ذلك باعادة الفحص بالمنظار الضوئى .

* تليف القرحة الشديد والذى أدى الى ضيق أو انسداد فى الاثنى

عشر وفى هذه الحالة تتغير الاعراض تماما ، لان الطعام الذى يأكله المريض يبقى فى تجويف المعدة ولا يستطيع المرور من الاثنى عشر الى الامعاء . . ولهذا لا يستريح المريض إلا إذا تقيأ . وفى كثير من الاحيان يضع المريض اصبعه فى فمه ليحدث القىء ليطرد الطعام المتبقى فى معدته . . وهذا يتسبب فى فقد المريض لكثير من وزنه ، فيصاب بالهزال لعدم قدرته على الاستفادة من طعامه .

* وأحد المضاعفات الحادة للقرحة الهضمية هى حدوث ثقب فى القرحة ، وذلك فى حالة توغلها فى جدار المعدة أو الاثنى عشر ، فتخترقه مما يؤدى الى تسرب ماتحتويه من سوائل وإفرازات الى التجويف البطنى . وهذه حالة خطيرة تؤدى الى الالتهاب البريتونى الحاد ، ويحتاج معها المريض الى إجراء جراحة عاجلة لرتق هذا الثقب فورا .

* النزيف الهضمى الشديد ـ خاصة فى كبار السن ـ يحتاج أيضا الى جراحة عاجلة لا يقافه ، حيث أن الشريان النازف عادة ما يكون متصلبا مما يقلل فرص التجلط الذاتى .

* وكما ذكرنا من قبل ، إذا ثبت من الفحص الباثولوچى للعينة التى تم الحصول عليها بواسطة المنظار ، أن قرحة المعدة من النوع الخبيث ، فلابد من استئصال الجزء الاكبر من المعدة بالجراحة ، للحيلولة دون انتشار المرض الخبيث .

....

● أدوية الحموضة أقل أهمية :

قبل عصر الادوية الحديثة التى تمنع إفراز الحامض ـ كان العلاج الدوائى للقرحة الهضمية يعتمد اساسا على استعمال الأدوية المضادة للحموضة بأنواعها العديدة . وحيث أنها قلوية التأثير فانها تتعادل مع الحامض عندما يتعاطاها المريض وتؤدى بذلك لشفاء القرحة . شريطة ان يستعملها المريض لفترة طويلة وبجرعات يومية كبيرة ـ حوالى ٢٠٠ سم يوميا ـ ولهذا السبب فان القلة من المرضى هى التى تستطيع

الالتزام بتعاطى هذه الأدوية . أما الكثرة منهم فان عدم التزامهم بهذا العبء اليومى الثقيل يؤدى الى عدم التئام القرحة التام ـ هذا بصرف النظر عن المضاعفات الجانبية لهذه الجرعات الكبيرة .

وكهذا قل كثيرا الاعتماد على ادوية الحموضة كوسيلة للعلاج فى القرحة . وقصر استعمالها على تعاطيها بجرعات صغيرة متكررة تساعد على اختفاء الاعراض وأصبح العلاج الرئيسى لشفاء القرحة وعدم انتكاسها يعتمد كلية على « التاجاميت » وبدائله .

....

● لا داعى لأى أدوية أخرى :

وهناك كثيرة من الأدوية التى لا يزال البعض يظن أنها ذات تاثير فعال فى علاج القرحة . وثبت بالابحاث الطبية عدم فعاليتها على الاطلاق . ولعل أهمها هى العقاقير التى تمنع التقلص ، فلا داعى لاستعمالها لان لها أعراضا جانبية ، خصوصا على ارتفاع ضغط العين فى المرضى المصابين بمرض الجلوكوما (المية الزرقاء) أو فى حالات تضخم البروستاتا حيث قد يؤدى استعمالها الى احتباس البول .

....

● نظام الأكل للقرحة الهضمية :

* تمتع بأكل كل ما تشتهى نفسك من طعام وشراب .

* ازاى يا دكتور ؟ . . المسلوق أحسن . لا يمكن آكل محمر ولامسبك باتعب جدا . . قالولى كده .

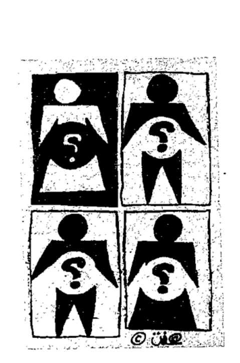
* هذه خرافات ليس لها أساس طبى . فليس هناك أطعمة معينة تسىء للقرحة أو تساعد على شفائها ، ونشرت عشرات الابحاث التى اكدت هذا .

* وأشرب لبن كثير يادكتور . . .

* ليه ؟ ما الداعى لذلك ؟ . . انه لن يصيبك إلا بانتفاخ ولا يلزمنا الآن كوسيلة للعلاج .

وهكذا استطعنا فى هذا العصر الطبى الحديث ان نسيطر على مرض القرحة الهضمية بوسائل أفضل كثيرا عما قبل وان نسمح لمريضنا بأن يتمتع بحياته ونشاطه العادى وبدون الحاجة لنظام معين فى طعام أو شراب أو بأدوية وعقاقير لا يمكنه إستساغتها او الالتزام بها . هذا بالاضافة الى الدقة المتناهية فى التشخيص ومتابعة تطور حالته .

* * * *



• الفصـــل الثانى عشـر •

الحصوات المرارية والمنظـــار

- الخزان النشط .
- محتويات سائل الصفراء .
- كيف تتكون هذه الحصوات ؟
- كيف تتجنين ياسيدتى هذه الحصوات ؟ .
- المنظار والصفراء الانسدادية .
- إستخراج الحصوات بالمنظار .

الحصـــوات المــراريــة
ثـــلاثـــة أنـــواع

الكبد هو أكبر غدة فى الجسم . ويزن فى الانسان البالغ حوالى ١,٥ كيلو جرام . ومن بين الوظائف الحيوية العديدة للكبد وظيفة هامة هى إفراز سائل له دور أساسى فى هضم وامتصاص المواد الدهنية من الأمعاء .

وهذا السائل لونه أصفر ـ ولذلك نطلق عليه اسم « سائل الصفراء » ولكبر حجم الكبد فإننا نحتاج لشبكة هائلة من القنوات الصغيرة تنتشر بين خلاياه لتستقبل سائل الصفراء بعد إفرازه منها .

وتتجمع هذه القنوات الصغيرة فى قنوات أكبر ثم أكبر الى أن تتحد فى نهاية المطاف فى « قناة الصفراء الرئيسية » . وهذه القناة الرئيسية تنتهى بفتحة صغيرة متصلة بالاثنى عشر ـ أول جزء من الأمعاء الدقيقة حيث تصب سائل الصفراء ليقوم بوظائفه الهضمية .

....

الحوصلة المرارية
أو « الخزان النشط » :

وحيث أن إفراز سائل الصفراء عملية مستمرة لا تتوقف . . فكان لابد من وجود « خزان » نحتفظ فيه بهذا السائل لحين الحاجة اليه . وهذا ما تقوم به « الحوصلة المرارية » . فإنها جزء لا يتجزأ من قناة الصفراء الرئيسية حيث تتصل بها عبر قناة جانبية ليدخل منها سائل الصفراء لتخزينه .

ولأن الحوصلة المرارية « خزان نشط » فهو يقوم بوظائف أخرى إيجابية تساعد على كفاءة الأداء فى عملية الهضم :

* سعة الحوصلة المرارية فى المتوسط ٤٠ سم فقط . وهى الكمية التى يمكن إختزانها من سائل الصفراء فى حين أن الكمية التى تفرز من سائل الصفراء هى حوالى ٥٠٠ سم فى اليوم الواحد .

* ولتستطيع الحوصلة المرارية أن تتعامل مع هذه الكمية الكبيرة من سائل الصفراء فإن الحوصلة المرارية تقوم بتركيز ما يصلها من هذا السائل حيث أن لها القدرة على إمتصاص ٩٠ ٪ من الماء منه . وبذلك تستطيع أن تختزن حوالى عشرة أضعاف حجمها .

* ما أن يصل الطعام الى الأمعاء فإن الحوصلة المرارية تنقبض بواسطة ما يحتويه جدارها من عضلات ليندفع ما بها من سائل الصفراء ليصل الى الأمعاء الدقيقة عبر قناة الصفراء الرئيسية .

....

● « الصفراء » - « المرارة » :
كلمات ذات معنى :

منذ قرون عديدة لاحظ الانسان أن ما يفرزه الكبد هو سائل أصفر اللون وله مذاق شديد المرارة خاصة إذا كان قوى التركيز . وهذا

ما يتميز به بالذات سائل « الصفراء » الذى تختزنه الحوصلة المرارية ومنذ ذلك الوقت أصبحت كلمة الصفراء ،أو « المرارة » كلمتين مترادفتين ونطلقهما على مختلف الأجزاء التشريحية التى تتكون منها قنوات سائل الصفراء ونستعملهما أيضا بنفس المعنى لوصف الأمراض التى تصيب هذه القنوات وأهمها بلا شك هى حصوات الحوصلة المرارية .

....

• محتويات سائل الصفراء :

والطب الحديث يعلم الآن تماما التركيب الكيميائى لسائل الصفراء . ويتكون أساسا من ماء (حوالى ٨٢ ٪) أما الباقى فهو مركبات كيميائية عضوية ذائبة فى هذا الماء . وتتكون الحصوات المرارية نتيجة لزيادة تركيز هذه المركبات عن معدلها الطبيعى فتترسب على شكل بلورات نتيجة لزيادة تركيزها كما نلاحظ فى الملاحات التى تتعرض لأشعة الشمس وهى الوسيلة التى نستخدمها فى إنتاج الملح من مياه البحر .

وأهم المركبات العضوية الكيميائية فى سائل الصفراء هى :ـ

« الكولسترول » بنسبة ٠,٧ ٪

« أملاح الصفراء » بنسبة ١٢ ٪

« ليثيسين » بنسبة ٤ ٪

« بيلروبين » بنسبة ٠,٢ ٪ وهى المادة التى تعطى للسائل لونه الأصفر .

....

والكولسترول غير قابل للذوبان فى الماء ولكنه يذوب سريعا فى وجود « أملاح الصفراء » ومركب « ليثيسين » ولولاهما لترسب كل ما يفرزه الكبد من « الكولسترول » .

....

● الحصوات المرارية
ثلاثة أنواع رئيسية :

ولذلك فإننا نجد أن حصوات المرارة ما هى إلا ناتج ترسيب واحد أو أكثر من هذه المركبات الكيميائية العضوية . ولذلك وحسب تحليلها الكيميائى نقسم الحصوات الى ثلاثة أنواع :ـ

١ ـ حصوة الكولسترول : وهى أكثر أنواع الحصوات المرارية إنتشارا .

٢ ـ حصوة البيليروبين : وتتكون من ترسب مادة البيليروبين مع الكالسيوم .

٣ ـ حصوة مختلطة : وتتكون من خليط من الكولسترول والبيليروبين ومواد أخرى .

....

● كيف تتكون الحصوات المرارية ؟ :

إذا زادت كمية الكولسترول الذى تفرزه خلايا الكبد عن المعدل الطبيعى أو قل إنتاج المواد المذيبة له من « أملاح الصفراء » أو من مادة « ليثيسين » فإن هذا يؤدى الى تشبع سائل الصفراء بكمية عالية من الكولسترول . وعندما تختزنه الحوصلة المرارية فإن درجة تركيزه تزداد عشر مرات عن تركيز الكولسترول فى السائل الذى أفرزه الكبد (كما ذكرنا قبل) . وهذا يؤدى الى ترسب الكولسترول فى الحوصلة المرارية على شكل بلورات صغيرة تتجمع وتلتصق لتتكون منها حصوة الكولسترول .

● كيف تتجنبين ياسيدتى الحصوات المرارية ؟

نسبة الاصابة بالحصوات المرارية عالية وتنتشر بين المواطنين فى كل

أنحاء العالم . صحيح أن بعض الأجناس عندها الاستعداد الوراثى للاصابة بالحصوات أكثر من أجناس أخرى . ولكن بصفة عامة نجد أن السيدات أكثر عرضة من الرجال كما ثبت من الاحصائيات العالمية . وتزداد النسبة بدرجة كبيرة مع تقدم السن حيث تصل بعد سن الأربعين الى ٢٠ ٪ بين السيدات فى حين أنها ٨ ٪ فقط بين الرجال .

وبعد سن الستين تقفز هذه النسبة الى حوالى ٣٠ ٪ .

وهناك عوامل تزيد من احتمالات الاصابة بحصوات المرارة ومن الممكن تجنبها واهمها :

* كثرة الانجاب فقد تلاحظ أن النسبة تزيد مع زيادة مرات الحمل .
* إستعمال حبوب منع الحمل أو الهرمونات الأنثوية لفترات طويلة .
* السمنة المفرطة وازدياد الوزن عن المعدل الطبيعى .
* الاصابة بمرض السكر .
* إرتفاع نسبة بعض الدهنيات فى الدم - وليس منها إرتفاع الكولسترول فى الدم - فليس هناك علاقة بين كولسترول الدم وحصوة الكولسترول .

من الواضح أن العوامل الثلاثة الأخيرة تنطبق على الرجال والنساء ، ولكنى وجهت حديثى للمرأة وأقصد بذلك أنها أكثر عرضة من الرجل . ولكن يجب على الجنسين تجنب هذه العوامل للاقلال من فرص تكوين الحصوات المرارية .

....

• أعراض ومضاعفات الحصوات المرارية

بعد أن عرفنا التركيب الكيميائى لسائل الصفراء وكيفية ترسبه وتكون الحصوات المرارية فإننا نستطيع أن نفسر كل الأعراض

والمضاعفات التى تحدث وأن نلخصها ونفهمها بوضوح إن تتبعنا مجموعة الرسوم التوضيحية :

١ ـ الحصوات الساكنة :

وهى الحصوات التى لا تسبب للمريض أية أعراض على الاطلاق . فهى مستقرة فى قاع الحوصلة المرارية وساكنة تماما ولا تتحرك من مكانها . وطبعا لا الطبيب ولا المريض يدرى شيئا عن وجودها . وتكتشف بمحض الصدفة عندما يجرى للمريض فحص بالأشعة أو بالموجات فوق الصوتية لسبب أو لآخر . ومع ذلك ينصح الطبيب مريضه بإستئصال الحوصلة المرارية حيث أن من الثابت طبيا أن ٥٠ ٪ من هذه الحالات معرضة للمضاعفات فى المستقبل مع مرور السنين ولا داعى للانتظار حتى تحدث مضاعفات حادة قد تؤدى الى التدخل الجراحى العاجل وقد تكون حالة المريض عندئذ سيئة للغاية .

٢ ـ التهاب الحوصلة المرارية الحاد :

إذا تحركت إحدى الحصوات المرارية وانحشرت فى القناة الجانبية المؤدية الى قناة الصفراء الرئيسية فإنها تؤدى الى ألم مفاجىء شديد فى أعلى البطن يستمر ساعة أو ساعات طويلة وتصاحبه بعض الأعراض الأخرى مثل الغثيان والقىء . وهذا هو « المغص المرارى » . وقد يحدث منه إلتهاب حاد بالحوصلة المرارية مع إرتفاع الحرارةنتيجة للتلوث الميكروبى . وإذا تكررت نوبات المغص المرارى فإن هذا يؤدى فى النهاية الى التهاب الحوصلة المرارية المزمن .

٣ ـ حصوات قناة الصفراء والتهابها :

وإذا تحركت حصوة أو أكثر الى مجرى قناة الصفراء الرئيسية فإنها تؤدى الى احتباس تدفق سائل الصفراء فيها وهذا بالتالى يتسبب فى تجمع أملاح الصفراء بالدم (وتصيب المريض بهرش بالجلد) كذا زيادة نسبة البيليروبين بالدم (ينتج عنه إصفرار بالجلد والعين) .

هذا بالاضافة الى إصابة المريض بالتهاب ميكروبى حاد بقنوات الصفراء يصاحبه إرتفاع شديد بالحرارة مع الاحساس بالقشعريرة أو الرعشة . وهذا ما نعرفه طبيا باسم « الصفراء الانسدادية » .

● يتم تشخيص حصوات الحوصلة المرارية بإحدى الطريقتين :

١ ـ الفحص بالأشعة :

ويُسبق ذلك إعطاء المريض مادة تلون الحوصلة المرارية مما يتيح إظهارها بما تحتويه من حصوات فى صورة الأشعة .

٢ ـ الفحص بجهاز الموجات فوق الصوتية :

وتعتمد هذه الطريقة على ارتداد الموجات فوق الصوتية إن أصطدمت بجسم غريب (الحصوات فى هذه الحالة) فتظهر بوضوح على الشاشة الخاصة بالجهاز . ويمكن إلتقاط صور للحوصلة المرارية على فيلم حساس بواسطة كاميرا تصوير فورية . والميزة الاضافية للفحص بالموجات فوق الصوتية هى قدرتها أيضا على إظهار قناة الصفراء الرئيسية خاصة فى الحالات التى يكون فيها المريض مصابا بالصفراء (وفى هذه الحالات لا يمكننا فحص المريض بالأشعة) ونستطيع قياس قطرها الذى إن زاد عن المعدل الطبيعى فهذا يؤكد إصابة المريض بمرض الصفراء الانسدادية .

● مضاعفات الحصوات المرارية :

مما سبق نرى أن إصابة المريض بالحصوات المرارية قد يتسبب فى ثلاثة مضاعفات رئيسية : ـ

١ ـ التهاب الحوصلة المرارية الحاد .

٢ ـ التهاب الحوصلة المرارية المزمن .

٣ ـ الصفراء الانسدادية والتهاب قنوات الصفراء وهى أكثر المضاعفات خطورة .

وفى حالات التهاب الحوصلة المرارية الحاد يعتمد الطبيب على الفحص بالموجات فوق الصوتية حيث يمكنه التأكد من التشخيص بسهولة وبدون إرهاق لمريضه وهو فى مثل هذه الحالة الحادة .

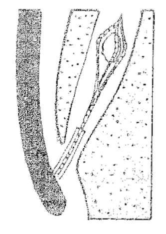
أما فى حالات الصفراء الانسدادية فإن للفحص بالموجات فوق الصوتية دور أساسى . فهى تفرق بين أسبابها العديدة وتميز بينهما وبين الصفراء غير الانسدادية أى التى تنتج عن مرض بالكبد وليس بقنوات الصفراء ، مثل التهاب الكبد المزمن أو تليفه .

● المنظـــــــار والصفراء الانسدادية :

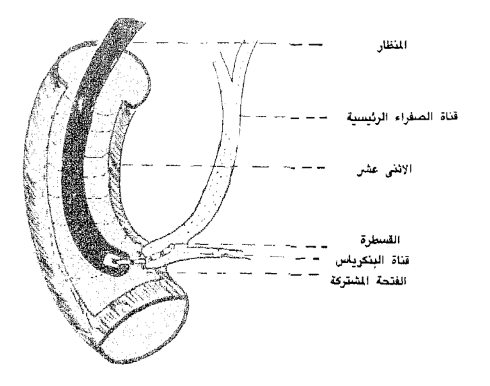
وإذا كان للموجات فوق الصوتية دور أساسى فى فحص حالات الصفراء الانسدادية فإن لمنظار القنوات المرارية الدور الحاسم . . لما له من إمكانيات ضخمة كطريقة أكيدة للتشخيص وللعلاج فى العديد من أمراض قنوات الصفراء . . والمذهل أن هذا التشخيص أو العلاج يتم فى دقائق معدودة وبطريقة حاسمة وبدون الحاجة للتخدير . . ويعود بعدها المريض لمنزله ولا داعى لبقائه فى المستشفى .

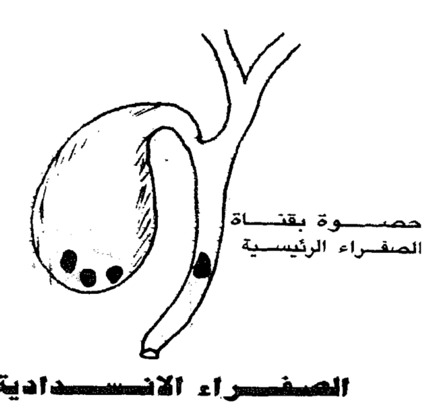
استخدام المنظار فى تشخيص وعلاج الصفراء الانسدادية

شهد عام ١٩٧٠ مولد منظار جديد لفحص قناة الصفراء وقناة البنكرياس . وكان ذلك إيذانا بدخول الطب عصرا جديدا لفحص هذه القنوات . ويرجع الفضل فى ذلك لتقدم صناعة تكنولوچيا الألياف الضوئية فى اليابان حيث أمكن إبتكار هذا النوع من المناظير . والفكرة الأساسية لهذا المنظار تعتمد على ليونته الشديدة التى تسمح بإدخاله عبر إنحناءات المعدة والاثنى عشر الى أن يصل الى الفتحة المشتركة التى تصب فيها كل من قناة الصفراء الرئيسية وقناة البنكرياس ما تجمع بهما من عصارات هاضمة الى الأمعاء (كما فى الرسم) .
ومن خلال قسطرة طويلة تمر داخل المجرى الطولى للمنظار .

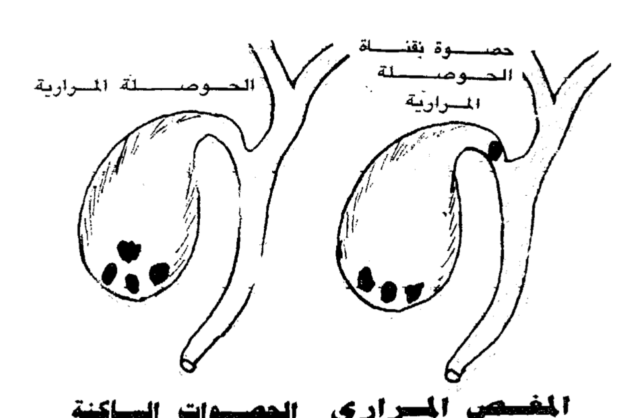


استخـراج حصوات القنـاة المرارية عن طريق جفت خاص يخرج من منظار الاثنى عشر إلى فتحة القناة المرارية بها .





الصفراء الانسدادية



المغص المرارى **الحصوات الساكنة**

بعد القطع



أثناء القطع



قطع فتحة القناة المشتركة بالاثنى عشر

يستطيع الطبيب أن يغرس طرفها السفلى داخل هذه الفتحة المشتركة . ويحقن من طرفها العلوى بواسطة حقنة عادية ـ محلولا كيميائيا يملأ به قنوات الصفراء وقناة البنكرياس . وبواسطة الأشعة نستطيع رؤية هذه القنوات بوضوح بعد ملئها بهذا المحلول الكيميائى .

● الكفاءة العالية والتجهيزات المطلوبة :

● الفحص بمنظار القنوات يتم فى غرفة للأشعة مجهزة تجهيزا جيدا وبها شاشة تليفزيونية ملحقة بجهاز الأشعة لمتابعة ملء القنوات ومكان المنظار والقسطرة أثناء الفحص .

● الطبيب الذى يستخدم هذا المنظار لابد أن يكون ذو خبرة واسعة وكفاءة عالية فى مجاله لكى يحقق النتائج المرجوة من الفحص . وتصل نسبة النجاح حسب الخبرة ما بين ٨٥ ٪ الى ٩٥ ٪ فى ملء القنوات .

● ويستطيع الخبير أن يتم الفحص فى فترة وجيزة تبلغ فى المتوسط ما بين ١٠ ـ ١٥ دقيقة فقط . ولا داعى لأن نذكر مرة أخرى أن مع كل هذه الكفاءة المطلوبة والتجهيزات اللازمة فإن النتائج التى يتيحها الفحص بالمنظار تفوق فى دقتها وإمكانيات العلاج على ضوئها أية وسيلة تشخيصية أخرى .

....

● لا بديل عن التشخيص بالمنظار :

عندما يؤكد الفحص بالموجات فوق الصوتية إصابة بانسداد بقناة الصفراء فإن الطبيب يحتاج لمعرفة سبب الانسداد ومكانه . وليست هناك طريقة أخرى غير الفحص بالمنظار لتحديد ذلك ـ خاصة فى حالات الحصوات ـ لأننا نعرف تماما حجمها وعددهاومكانها . . والأهم من ذلك فرصة شفاء المريض وذلك باستخراج الحصوات عن طريق المنظار

فى دقائق قليلة بدون اللجوء للتخدير والجراحة وفتح البطن .

أما إذا لجأنا للجراحة ، فإن الجراح يعلم مقدما ما سيفعله قبل إجرائه لمثل هذه الجراحات الدقيقة ، وكأنه مزود بخريطة بها ما يريده من معلومات تسهل عليه عمله وتتيح بالتالى للمريض فرصة احسن للشفاء .

● متى نستخدم المنظار لاستخراج الحصوات ؟

وبعد أن عرفنا بالتأكيد ما سنفعله ، نفضل كثيرا إستخراج الحصوات من قناة الصفراء الرئيسية بالمنظار فى الحالات الآتية : ـ

■ كبر سن المريض أو سوء حالته العامة لوجود أمراض أخرى مزمنة مثل مرض القلب أو تليف الكبد . . الخ .

■ وجود حصوات بقناة الصفراء بعد استئصال الحوصلة المرارية ، وفى هذه الحالة توجد صعوبة وخطورة إذا تعرض المريض لاجراء جراحة ثانية نتيجة لوجود التصاقات .

■ التهاب قنوات الصفراء الحاد مع وجود تسمم ميكروبى .

وهذه حالة خطيرة للغاية تودى بحياة المريض إذا لم يتم التدخل السريع لعلاج الانسداد . والمنظار أصبح الآن هو الأمل الوحيد لانقاذ حياة المريض ـ حيث أن التدخل الجراحى غير مأمون كما أن نسبة المضاعفات أو الوفاة بعد الجراحة عالية جدا فى مثل الحالات الحرجة .

....

● كيف نستخرج الحصوات بالمنظار ؟

وتماما كما ذكرنا من قبل عند إدخال القسطرة لتشخيص ما بقنوات الصفراء من حصوات فإننا ندخل بدلا منها قسطرة أخرى بها سلك رفيع فى الطرف السفلى لقناة الصفراء . وبواسطة جهاز خاص للكى الكهربى نستطيع تمرير تيار كهربى قاطع فى هذا السلك لعمل فتحة طويلة بالقناة . وهذا يؤدى الى توسيعها لتسمح بنزول الحصوة تلقائيا

فى الأمعاء ليتبرزها المريض بعد ذلك ـ كما يمكننا أيضا أن نمسك الحصوة بواسطة جفت خاص ونجذبها به (كما فى الرسم) .

وقد يظن البعض أن هذا الكى الكهربى قد يصعق المريض كتيار الكهرباء العادى إن لامس الجسم . وهذا غير حقيقى . . لأن شدة التيار المستعملة فى الكى تختلف عن الكهرباء العادية فى أنها تقطع الأنسجة بشدة الحرارة المتولدة ولا تتسبب فى أى ألم أو كهربة للمريض .

....

● إستعمالات علاجية أخرى للمنظار :

لمنظار قنوات الصفراء إستعمالات أخرى عديدة نجملها فيما يلى : ـ

(١) وضع قسطرة للتغلب على ضيق القناة الرئيسية للصفراء خاصة فى حالات الأورام الخبيثة التى يعانى فيها المرضى من الهرش الشديد والصفراء .

(٢) توسيع ضيق القناة الناتج عن إجراء جراحة سابقة أو بعد إستئصال الحوصلة المرارية وفى أمراض طبية أخرى تصيب القناة أو بعض أجزائها بالضيق .

(٣) وضع قسطرة داخل القناة نستعمل من خلالها محاليل لاذابة الحصوات أو حقن المضادات الحيوية وذلك كطريقة وقتية للعلاج .



● الفصل الثالث عشر ●

أيها الكبد العظيم ..
كيف تمرض ؟

★ الكبد أكبر مصنع كيميائى ..
★ لكى يقوم الكبد بوظائفة ..
★ تعدد أمراض الكبد ..
★ أسباب التهاب الكبد ..
★ العلاقة الوثيقة بين الفيروسات وتليف الكبد ..
★ مايجب ان تعرفه عن تليف الكبد ..
★ فحص الكبد بمنظار البطن ..

أيهـا الكبد العظيم
كيف تمـرض ؟

إذا كانت الاسنان تقطع والمعدة تطحن والامعاء تهضم وشعيراتها تمتص ، فان ناتج كل هذه العمليات المتتالية والمعقدة ليس لها الا هدف واحد : هو تحضير وجبة الطعام ليقوم الكبد ، كأى طباخ ماهر ، باعداده بطرقة الخاصة لتستفيد منه خلايا الجسم .

....

● الكبد أكبر مصنع كيميائى

ولذلك فان العلماء يعتبرون ان الكبد هو أكبر مصنع كيميائى فى العالم حيث تتم فى خلاياه اعقد العمليات الكيميائية بما تحتويه من انزيمات وخمائر تقوم بوظائف لا تحصى . . وأهمها هى :

★ تخزين وتحويل غذاء الانسان من مواد سكرية ودهنية وبروتينات الى أشكال كيميائية متعددة وهذا ما نطلق عليه طبيا أسم « التمثيل الغذائى » .

★ تصنيع مواد كيمائية جديدة أهمها بلازما الدم وهى المواد البروتينية التى تسرى فى عروقنا حاملة كرات الدم بانواعها المختلفة .

★ إفراز سائل الصفراء ـ كما ذكرنا من قبل ـ بما فيه من عصارة هاضمة لا متصاص المواد الدهنية من الامعاء .

★ طرد نفايات الجسم التى لا يحتاجها والتى إذا تجمعت لاصابت الانسان بالتسمم ، أو تحويلها الى مواد أقل ضررا مثل تحويل الاحماض الامينية الى مادة البولينا لتقوم الكلى بعد ذلك بطردها خارج الجسم مع البول .

● ولكى يقوم الكبد بوظائفه

★ نجد انه يتواجد فى موقع استراتيجى رئيسى فى الجسد ، حيث يستقبل كل ما تم امتصاصه من الامعاء ويتعامل معها ويتفاعل ، ثم بعد ذلك وليس قبل ، تنتقل عن طريق الدورة الدموية الى خلايا الجسم .

★ ولذلك فهو أكبر غدة فى الجسم إذ يصل وزنه الى حوالى ٢ ٪ من الوزن الكلى للانسان البالغ .

★ ولا عجب إذا علمنا اذن ان الكبد يتلقى كمية هائلة من الدم تصل الى حوالى ١,٥ لتر فى الدقيقة الواحدة عن طريق وريد كبير « الوريد البابى » وشريان رئيسى « الشريان الكبدى » . ولعله فى ذلك هو العضو الوحيد فى الجسم الذى له هذه الدورة الدموية الثنائية .

★ وهذا هو السبب فى ان الكبد يتميز بهذا اللون الأحمر الداكن لما به من شبكة ضخمة من الشعيرات الدموية .

● تعدد امراض الكبد

ونتيجة لكل هذه التعقيدات فى الصفة التشريحية للكبد نرى ان امراضه بالتالى مختلفة الانواع ومتعددة الاشكال حسب الجزء الذى اصابة المرض :

★ أمراض خلايا الكبد :

مثل التهاب الكبد الحاد أو المزمن وتليف الكبد .

★ امراض الدورة الدموية للكبد :

مثل ارتفاع ضغط الدم بالوريد البابى والاصابة بدوالى المرىء ، التى هى جزء من هذه الدورة البابية .

★ امراض قنوات الصفراء :

مثل الاصابة بالحصوات والتهابات القنوات ـ والصفراء الانسدادية باسبابها المختلفة .

وهذا ما يجعلنا نحتاج للعديد من الفحوص والابحاث واخذ عينة من الكبد والكشف بالاشعة والموجات فوق الصوتية والمناظير الضوئية . الـخ لنعرف بدقة ما أصاب هذا الكبد العظيم من امراض وفى أى مكان منه وبأى درجة . ولقد ذكرنا فى الفصل السابق امراض قنوات الصفراء وسنعرض فى هذا الفصل لاهم امراض الكبد وكيفية تشخيصها وعلاجها فى ضوء المعلومات الطبية الحديثة وما اضافه استخدام المناظير فى هذا المجال .

....

● التهاب الكبد المزمن

يشكو المريض لطبيبه انه يشعر بالتعب والارهاق بعد أى مجهود بسيط وانه فقد كثيرا من نشاطه وحيويته . . ومع انه يتعاطى الكثير من الفيتامينات والمقويات ويستريح لفترات طويلة الا ان كل ذلك بدون فائدة .

وتنهال اسئلة الطبيب ليبحث عن الحقيقة :

— هل أصابك مرض الصفراء من قبل ؟

عمرى يا دكتور ما حصل لى ذلك .

— هل خالطت احدا من أفراد اسرتك مصابا بها ؟

لا أتذكر أن أصيب أحد من أسرتى بالصفراء .

— لقد أخبرتنى انك عملت عملية لاستخراج حصوة من الكلوة هل اخذت أثناء الجراحة نقل دم ؟

نعم أخذت لتر دم وكانت الجراحة منذ ثلاث سنوات .

ويطلب الطبيب من مريضه إجراء تحاليل لوظائف الكبد ، ويثبت منها انه مصاب بالتهاب الكبد المزمن ، وهو الذى تسبب فى إحساسه بالارهاق وفقد النشاط نتيجة فى هذه الحالة لاصابة هذا المريض بفيروس الكبد أثناء نقل الدم له منذ ثلاث سنوات .

هذا الحديث هو مثال لشكوى مريض التهاب الكبد المزمن شكوى

قد لا تثير كثيرا من الانتباه . وقد لا يلجأ المريض الى الطبيب الا إذا زادت الاعراض أو لا حظ اصفرارا في العينين .

....

● أسباب التهاب الكبد المزمن

وهناك أسباب كثيرة للاصابة بالتهاب الكبد المزمن ، وأهمها وأكثرها انتشارا هو الاصابة بفيروسات الكبد ، وبالذات في منطقتنا وفي الدول النامية ، حيث تنتشر الفرصة للعدوى بهذه الفيروسات خاصة في الاماكن المزدحمة بالسكان حيث لا تتوافر الشروط الصحية السليمة من صرف صحى جيد وتخلص من القمامة والذباب وما يتتبعه من تلوث مصادر المياه والاطعمة بالفيروسات .

....

● حديث عن فيروسات الكبد

يقسم العلماء فيروسات الكبد إلى ثلاثة انواع رئيسية :

(١) فيروس « أ » : يصيب المريض بالتهاب الكبد الحاد ولكنه لا يتسبب اطلاقا في التهاب الكبد المزمن .

(٢) فيروس « ب » : يصيب المريض أيضا بالتهاب الكبد الحاد .

ولكن في حوالى ١٠ ٪ من الحالات قد تنتهى الاصابة الحادة بالالتهاب المزمن أو قد يشفى المريض ولكنه لا يتخلص من الفيروس الذى يبقى في الجسم . . أى أنه يصبح بذلك « حاملا للفيروس » وهذا الشخص هو مصدر عدوى لغيره بدون ان يدرى خاصة إذا تبرع بدمه .

(٣) فيروس ليس « أ » وليس « ب » : وهذا هو النوع الثالث من الفيروسات ويتسبب أيضا في التهاب الكبد المزمن ولم نكن نعرفه قبل ذلك . وله خصائص مختلفة عن فيروس « أ » وفيروس « ب » ـ وهذا هو السبب في إسمه ـ وينتقل أساسا عن طريق نقل الدم .

● العلاقة الوثيقة
بين الفيروسات وتليف الكبد

ولكن ليس معنى هذا ان كل مرضى من مرض التهاب الكبد الفيروسى المزمن يجب ان يصاب أولا بمرض الالتهاب الكبدى الحاد ، بل قد يكون العكس هو الأقرب للصواب . ففى أغلب الاحوال نكتشف الالتهاب المزمن بدون أى تاريخ أو ذكر سابق للاصابة بالصفراء أو نعرفه بعد إختبار الدم دون أن يشكو أو يشعر بشىء . حتى الامهات فقد ينقلن الفيروس الى الجنين إذا كانت الأم حاملة للفيروس أثناء الحمل .

....

● وخلاصة الحديث عن فيروسات الكبد هى أنها تتسبب فى التهاب الكبد المزمن الذى يؤدى فى النهاية الى تليف الكبد . ولعل الاحصائيات الطبية تعطينا المؤشر الصادق عن حجم المشكلة فى منطقتنا بالمقارنة للمناطق الأخرى من العالم . فلقد ثبت أن نسبة حاملى الفيروس « ب » هو كالآتى :

فى الدول المتقدمة	٠,١ ٪ من السكان
فى دول الشرق الأوسط	٥ ـ ١٠ ٪ من السكان

وكلما ازدادت نسبة المصابين بالتهاب الكبد المزمن كثرت حالات تليف الكبد .

....

● وماذا عن البلهارسيا ؟

نعلم جميعا ان مرض البلهارسيا ينتشر بين مواطنينا ، وأنه يتسبب أيضا فى تليف الكبد . ومع ذلك فانى ذكرت بالتفصيل أنواع فيروسات الكبد وأهميتها ولم أذكر شيئا عن مرض البلهارسيا مع انه مرض مصر الأول . ولعل ما دفعنى لذلك هو أن القارىء يعرف الكثير عن البلهارسيا ولكنه لا يعرف الا القليل عن التهاب الكبد المزمن والفيروسات ، وعن

دورها الرئيسى فى انتشار امراض الكبد فى منطقتنا .

هذا بالاضافة الى ما نلاحظه من أن كثيرا من المرضى مصابون بالبلهارسيا والفيروسات فى آن واحد كما نعرف أن كليهما يؤدى فى النهاية الى تليف الكبد ، وعندئذ يصعب على الطبيب أن يرجع سبب التليف لاحدهما دون الآخر .

....

● الوقاية من فيروسات الكبد

(١) العناية التامة بظروف البيئة الصحية للمجتمع .

(٢) عدم تناول الاطعمة والمشروبات التى تعرضت للذباب .

(٣) استعمال حقن البلاستيك بدلا من الحقن الزجاجية التى يصعب تعقيمها حتى بالطريقة المعتادة وهى غليها فى الماء .

(٤) فحص الدم من المتبرع لاحتمال وجود الفيروس « ب » وذلك قبل اعطائه للمرضى .

....

● تشخيص الالتهاب الكبدى المزمن

وكما ذكرنا يجب على الطبيب عند فحصه لمريضه المصاب بمرض الكبد المزمن ، أن يبحث فيه عن وجود الفيروسات وبويضات البلهارسيا فى وقت واحد . ولذلك فاننا نعتمد فى التشخيص على الأسس التالية :

★ حالة المريض الاكلينيكية .

★ تحاليل وظائف الكبد بما فيها اختبارات فيروس الكبد .

★ اخذ عينة من الكبد لمعرفة درجة الالتهاب أو التليف .

★ أخذ عينة من الغشاء المخاطى للمستقيم للبحث عن وجود بويضات البلهارسيا به .

● ما يجب أن نعرفه عن تليف الكبد

عندما يلتئم الجلد بعد إجراء جراحة مثلا أو بعد إصابته بجرح فاننا نلاحظ انه يترك اثرا ظاهرا لمكان إلتئامه يكون أكثر صلابة وخشونة من الجلد الطبيعى . أما خلايا الكبد فانها إذا أصيبت بالالتهاب المزمن لفترة طويلة فانها تتحلل وتتاكل . ويتلو ذلك ـ كما يحدث فى الجلد ـ عملية التئام تتكون من نسيج صلب يحيط بالخلايا الكبدية وما حولها من شعيرات دموية . وهذا ما يحدث أيضا إذا تواجدت بويضات البلهارسيا فى نسيج الكبد . والنتيجة الحتمية لهذا الالتئام هو صعوبة تدفق الدم فى هذه الشعيرات . . هذا هو ما نعنيه بتليف الكبد .

وهذا الوضع مختلف تماما عن حالة التهاب الكبد المزمن أو اصابة الكبد ببويضات البلهارسيا الذى لم يتحول فيه نسيج الكبد الى تليف بعد . . حيث ان فرصة الشفاء التام فى هذه الحالات قائمة .

....

● الأهمية القصوى لعينة الكبد

ولذلك فاننا نحتاج لأخذ عينة من خلايا الكبد لنعرف تماما الحالة المرضية للخلايا لان هناك عدة احتمالات ولا تكفى التحاليل الطبية للتفرقة بينها :

● حالة التهاب مزمن أو بلهارسيا ـ ولم يحدث تليف ، وهنا يكمن الأمل فى الشفاء قبل أن تتطور الحالة .

● حالة التهاب وتليف فى آن واحد ، وبعلاج الالتهاب فاننا نوقف هذا التطور لتستقر الحالة بدون ازدياد فى حالة التليف .

● حالة تليف شديد يالكبد ـ وهذه اشد حالات المرض خطورة وتقدما .

وعينة الكبد تجرى تحت بنج موضعى بواسطة إبرة رفيعة قطرها

حوالى ٤ , ١ ملليمتر يغرسها الطبيب فى الجانب الأيمن فى اتجاه الكبد ثم يسحبها ، وذلك فى وخزة سريعة لا تتعدى فى الوقت جزءا من الثانية . وفى يد الطبيب الخبير فان مضاعفاتها قليلة للغاية ، ويمكن للمريض أن يعود لمنزله فى نفس اليوم بعد فترة مراقبة قصيرة بالمستشفى . ولا داعى للخوف إطلاقا من عينة الكبد .

....

● فحص الكبد بمنظار البطن

وحسب الخبرة المتاحة ، فان كثيرا من الاطباء يفضلون فحص مريض الكبد بمنظار البطن ، وذلك لميزاته الآتية :

★ يتبين للطبيب كل أجزاء الكبد ويرى سطحة بوضوح ، وقد يصل الى التشخيص الدقيق حتى بدون الحاجة لاخذ عينة من الكبد .

★ يستطيع الطبيب أخذ عينة الكبد تحت الرؤية المباشرة ، وهذا يزيد من الدقة حيث يستطيع الطبيب أن يحدد المكان الذى سيأخذ منه العينة ، بخلاف ما يحدث أثناء الحصول على العينة بالابرة (بدون استعمال المنظار) . وثبت من الاحصائيات الطبية أن نسبة الدقة فى التشخيص تزداد باستعمال المنظار عن نسبة أخذ العينة بالابرة بحوالى ٣٠ ٪ فى حالات تليف الكبد .

★ هذا بخلاف قدرة المنظار على فحص الغشاء البريتونى والاحشاء التى يحتويها مما يساعد الطبيب فى تخطيط العلاج لمريضه .

ويتم فحص المريض بمنظار البطن فى سهولة وبدون الم أو حاجة للتخدير الكلى . وكل ما نحتاجه هو بنج موضعى ، ثم عمل فتحة بجانب السرة طولها لا يتعدى ١ سم ومن خلال هذه الفتحة نستطيع ادخال المنظار وفحص المريض فى وقت يصل فى المتوسط ما بين ١٥ - ٢٠ دقيقة . وهو بلا شك اضافة هامة لتشخيص أمراض الكبد .

● علاج التهاب الكبد المزمن وتليف الكبد

مما سبق نرى أن العلاج يعتمد على السبب أو الأسباب ، ثم علاج المضاعفات التى تنجم عن التهاب الكبد أولا تليفه .

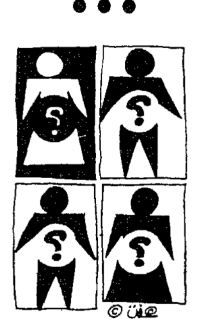
(١) علاج البلهارسيا أصبح الآن سهلا للغاية بالعقاقير الحديثة والتى تعطى على شكل حبوب فى جرعة واحدة فقط . ولها أثر فعال فى القضاء على ديدان البلهارسيا بنوعيها - البولية والقولونية - .

(٢) علاج التهاب الكبد المزمن وذلك باستعمال عقار ضد المناعة مع مشتقات الكورتيزون ، حيث ثبت طبيا ان فى كثير من حالات التهاب الكبد المزمن نجد أن الجسم يفرز أجساما مناعية ضد خلايا الكبد ذاته ، ما يؤدى إلى ازدياد الحالة سوءا .

(٣) معالجة دوالى المرىء بواسطة المنظار (سبق ان ذكرنا ذلك من قبل) أو بالجراحة ، وذلك للتحكم فى النزيف الذى يحدث منها .

(٤) استعمال مدرات البول ومطهرات الامعاء للتغلب على الاستسقاء وتورم القدمين ، ومنع حدوث الغيبوبة الكبدية .

● ● ●



● الفصل الرابع عشر ●

أمراض القولون

- الأعراض الأربعة لمرض القولون العصبى
- المتهم البرى ! !
- الزوائد القولونية والنزيف الشرجى .
- منظار القولون علاج لنزيف الزوائد .
- الزوائد الغددية خطرة . . ! !

* أنا دايما قبل الامتحان أصاب بالاسهال .

* لازم لما أزعل اشعر بتقلصات شديدة فى مصارينى وانتفاخ .

* عندما أسافر وأغير مكانى أصاب بالامساك ، ويتلخبط عندى الهضم لأيام طويلة .

* أعانى من المصران كلما أكلت وجبة دسمة .

هذه نماذج عابرة لظروف وقتية تبين أن القولون أو المصران الغليظ عضو مرهف الحساسية سريع الانفعال ويعبر عن أحاسيسه بإنقباضات عضلية يتسبب عنها شعور بالألم وإضطراب الهضم والاصابة بنوبات من الاسهال أو الامساك .

ولكل عضو من أعضاء الجهاز الهضمى نصيبه المعلوم من الأمراض والأعراض إلا القولون ! فان له فيها نصيب الأسد من المتاعب والهموم والمشاكل - ما بين مرض القولون العصبى بألوانه وأشكاله المتعددة ، أو أمراض القولون العضوية بما فيها الالتهابات المختلفة والأورام الحميدة أو الخبيثة والنزيف الشرجي . . . . الخ .

وطبقا للاحصائيات الطبية تصل نسبة المصابين بمتاعب القولون فى أى عيادة خارجية الى ٥٠ ٪ على الأقل - ولا أحد يعلم على وجه التحديد النسبة الحقيقية بين المواطنين الذين يعانون من القولون فى صمت ولم يستشيروا الطبيب بعد . . . .

....

● لمـاذا القولون بالذات ؟

هذا هو السؤال الذى يحير المريض والطبيب على حد سواء . . قد يتحير الطبيب لأنه يعلم أن أمراض القولون مع كثرتها ـ إلا أنها تظهر جميعها فى شكل أعراض محدودة للغاية مهما كان السبب الذى أدى اليها . وهذه الأعراض قد تختلف فى الشدة أو فى وجود عرض منها وإختفاء الآخر . . ولكن لا فرق فى هذه الأعراض ولا تختلف فى مريض القولون العصبى أو فى مرض القولون العضوى . ولذلك فعليه أن يبحث ويجتهد ليصل الى الحقيقة . أما عن المريض فان حيرته تاتى من عدم درايته بأن القولون وهو آخر جزء من أجزاء القناة الهضمية الذى ينتهى بفتحة الشرج ـ له شكل يتميز به عن بقية الأمعاء . فهو يشبه « دودة القز » . والسبب فى ذلك العضلات الموجودة فى جداره ، فهى تنقبض وتتراخى ببطء شديد وبصفة دائمة « كما هو بالرسم » وهذه خاصية طبيعية من خصائص القولون ليقوم بوظيفته لتحويل بقايا الهضم لمادة برازية ثم يقوم بطردها للخارج عند التبرز .

وحيث أن القولون يتصل بشبكة من الأعصاب اللاارادية تتحكم فى حركته وإنقباضاته على طول ١,٥ متر (وهو متوسط طول القولون) ، فإن أى أنفعال أو إختلاف فى العادات التى تعودنا عليها تؤدى الى إزدياد نشاط هذه الشبكة من الأعصاب وتزداد بالتالى الانقباضات العضلية بالقولون . وهذا ما أثبتته التجارب العلمية التى أجريت على أشخاص أصحاء تماما أثناء تعرضهم لموقف انفعالى . ولذلك فإننا نتوقع زيادة غير طبيعية فى هذه الانقباضات عندما نصاب بمرض القولون سواء كان عضويا أو نفسيا .

....

● الأعراض الأربعة لمرض القولون :

كما ذكرنا من قبل ، نجد أن مرض القولون له أعراض محدودة

لا تزيد عن أربعة مهما كان السبب فى حدوثها هى :

١ - الألـم :

ويتركز فى الجزء الأسفل من البطن خاصة فى الناحية اليسرى . ويصفه المريض بأنه مغص متكرر أو ثقل أو ألم مستمر .

٢ - الامساك أو الاسهال :

وقد يغلب عرض منهما على الآخر أو قد تحدث نوبات غير منتظمة ما بين إمساك وإسهال .

٣ - الانتفاخ والغازات :

وهذه شكوى شائعة وعادة ما يرجعها المريض لتناوله نوعا معينا من الأطعمة ، كما أن هناك من يصفونها بأنها تلبك فى الهضم وكثرة الأحساس بحركة الأمعاء .

٤ - إزدياد إفراز المادة المخاطية اثناء التبرز :

وقد يلاحظ المريض أيضا وجود دم مع البراز . وإذا زادت كمية الدم فقد تتسبب فى حالة نزيف حاد من الشرج .

وهذا ما يجعل الطبيب فى موقف لا يحسد عليه عندما يستمع لهذه الأعراض لاختلاف الأمور وصعوبة التكهن بالأسباب .

مرض القولون العصبى

« للتخلص من مرض القولون العصبى يجب علينا إصلاح الخلل فى النظم والقوانين التى تحكم المجتمع سواء كانت فى الأسرة أو فى المدرسة أو فى ظروف الحياة والعادات البيئية الموروثة » .

هذا ليس رأى فيلسوف أو كاتب ولكنه خلاصة لرأى أحد كبار العلماء المتخصصين فى دراسة مرض القولون العصبى . . ولو أخذنا بهذا الرأى بحذافيره فان هذا يعنى إستحالة العلاج من هذا المرض إلا بتغير الأوضاع الاجتماعية ، وهذه إستحالة أخرى !

● القولون هو المتهم البرىء :

والحقيقة أن القولون دائما هو المتهم . ويجرى الطبيب فحصه بكل ما أوتى من خبرة ، ويقوم بعمل كافة الفحوص المعملية والكشف بالأشعة وحتى فحص القولون بالمنظار . . ولكن كل النتائج تثبت بما لا يحتمل الشك أن القولون برىء تماما من أى مرض عضوى مهما تعددت الاعراض أو إشتدت ما بين الم وإمساك أو إسهال ومخاط :

* لا شك أن المرض يزداد بين الأشخاص المصابين بالقلق والتوتر أو عدم القدرة على تحمل ضغوط الحياة اليومية .

* وصحيح أن النسبة تزداد بين أفراد الأسرة غير السعيدة فتصيب الأزواج كما تصيب الأبناء .

* حتى الطبقة التى ينتمى اليها الفرد فى المجتمع لها علاقة وثيقة بالقولون العصبى ـ فهو أكثر انتشارا بين المثقفين عنه بين العامة .

ولكن كل ما ذكرناه ليس هو السبب الحقيقى فى حدوث المرض أو انتشاره ، فنحن ما زلنا بعيدين تماما عن معرفة ذلك . ولكنها عوامل تزيد من حدة المرض أو بالمفهوم الطبى تزيد من الاختلال فى إنقباضات القولون العضلية ـ التى لا نعرف للآن السبب فى حدوثها .

....

● تشخيص مرض القولون العصبى :

قد يبدو لأول وهلة أن تشخيص مرض القولون العصبى هو من الأمور السهلة ولا تحتاج لكثير من المجهود أو الخبرة ، وهذا عكس الحقيقة تماما وهذا ما يعرفه الطبيب عندما يواجه بحالة من هذه الحالات وما اكثرها . . ولذلك فانه لا يؤكد خلو مريضه من مرض عضوى بالقولون إلا بعد إتباعه الخطوات التالية :

* الفحص الدقيق لمريضه بعد أن يعرف منه كل التفاصيل عن

الظروف التى أدت الى الأعراض ، وفترة المرض وطولها ، وتقلبات الحالة تبعا للضغوط النفسية .

* فحص الشرج بالاصبع وبمنظار المستقيم للتأكد من خلوه من أية تغيرات فى الغشاء المخاطى للمستقيم .

* إجراء الفحوص المعملية اللازمة مثل فحص البراز للطفيليات أو الجراثيم وفحص الدم وسرعة الترسيب .

* إجراء فحص للقولون بأشعة الباريوم للتأكد من سلامة اجزاء القولون المختلفة .

وقد يرى الطبيب أنه ليس فى إحتياج لعمل كل هذه الخطوات فى بعض مرضاه ، ولكنه سيلجأ لذلك حتما فى المرضى من كبار السن أو متوسطى العمر لازدياد نسبة امراض القولون العضوية فيهم عن صغار السن . كما سيطلب من مريضه متابعة حالته فى فترات متقاربة حتى يتأكد من تطور الحالة .

● علاج مرضى القولون العصبى :

* الأساس الأول فى العلاج هو بلا شك الثقة التامة والمتبادلة بين الطبيب ومريضه .

* وعلى الطبيب ان يؤكد لمريضه بعد اجراء كل الوسائل التشخيصية - أنه ليس مصابا بمرض خطير وليست هناك مضاعفات محتملة مهما إشتدت أعراض المرض أو زادت .

* وعليه أن يتعايش ويتكيف مع الاعراض التى يشكو منها . فهناك كثير من المرضى يعانون من القلق والانزعاج اكثر كثيرا عما يشعرون به من آلام .

وينحصر كل تفكيرهم فى تفسير أعراضهم ، والغازات ، وعدد مرات ترددهم على دورة المياه . . والاكل ونوعيته . . مما ينغص عليهم حياتهم .

* وحسب حالة المريض وظروف حياته يصف الطبيب الادوية التى تخفف من التقلص أو بعض المهدئات البسيطة . ولا شك أن هذا هو تخصص الطبيب وليس المريض على الاطلاق . فقد تلاحظ أن العديد من مرضى القولون يتعاطون الادوية أو يتبادلونها بدون استشارة الطبيب . .

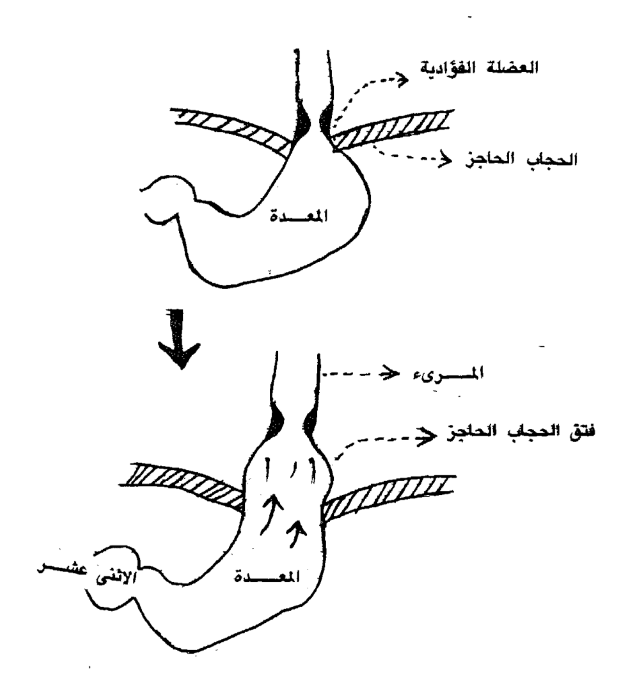
....

ولذلك فأنى أرجو واحذر :

* تجنب القلق والانفعال بداع وبدون داع وتمتع بالحياة .
* إلتزم قدر الامكان بالعادات الصحية والغذائية السليمة .
* إياك والادوية والملينات والوصفات والمهدئات . . الخ بدون اللجوء للطبيب .
* لأن العقاقير مواد كيميائية لها الكثير من المضاعفات والاعراض الجانبية - فكيف تستعمل - ولفترات طويلة ولمرض ليست له اى خطورة مثل هذه العقاقير ؟
* وأخيرا . . لا تحرم نفسك من وجبات معينة على زعم خاطىء ووهم كبير بانها السبب فى متاعبك مع القولون .

الزوائد القولونية والنزيف الشرجى

نطلق اسم الزوائد على اى نتوء يظهر بالغشاء المخاطى المبطن للقولون . وتختلف الزوائد فى أشكالها وأنواعها واحجامها وعددها .
ولكنها دائما تبرز من الغشاء المخاطى ذاته وقد تتصل به بعنق رفيع - وكأنه حبة من حبات العنب مثلا - أو قد تلتصق به تماما بدون عنق (انظر الرسم) . ومن المعروف طبيا أن الزوائد تتواجد فى اى مكان فى القناة الهضمية ، فقد نجدها فى المرىء والمعدة والأمعاء الدقيقة



العضلة الفؤادية
الحجاب الحاجز
المعـــدة
المـــرىء
فتق الحجاب الحاجز
الإثنى عشـــر
المعـــدة

ولكن النسبة الكبري من هذه الزوائد تصيب القولون وتوجد فى أى مكان به خاصة فى القولون النازل والمستقيم .

....

● البواسير ليست السبب الوحيد للنزيف :

— عندى بواسير يادكتور ـ الظاهر رجعت ثانى بعد أن أجريت لها عملية من سنتين .

— فعلا كان عندك بواسير ولكنك شفيت منها تماما ولكن النزيف الشرجى الذى تشكو منه الآن له سبب آخر .

— ليه يادكتور ؟ مش هيه برضه البواسير ؟

— لا . . عندك زوائد بالقولون ولابد من إستئصالها بمنظار القولون .

— يعنى إيه زوائد يادكتور ؟ . . وهل هى خطيرة ؟

....

هذه هى الاسئلة التى يجب على الطبيب أن يشرحها لمريضه ليعرفه بالأهمية الطبية لهذه انزوائد وكيف أستطاع الطب الحديث باستخدام المناظير تشخيص وعلاج هذه الزوائد بدون اللجوء للجراحة .

ومن المعروف أن الاصابة بالزوائد القولونية ليس لها سن معين فهى تحدث فى الصغار والكبار على حد سواء ـ ولا تسبب مغصا أو آلاما ـ ولكن المرضى بالزوائد مهما كان نوعها ، يستشيرون الطبيب عندما يلاحظون وجود دم مع البراز تقل كميته أو تكثر ، ويحدث على فترات متقطعة وفى أوقات غير منتظمة ـ ولذلك يظن المريض خطأ أن البواسير هى السبب فى النزيف الشرجى ـ خاصة اذا كان المريض مصابا بها أصلا أو سبق أن أجريت له جراحة لعلاجه من البواسير .

ومع ان البواسير هى اهم اسباب النزيف الشرجى لكثرة انتشارها ، إلا أن زوائد القولون ايضا هى أحد الاسباب الهامة الاخرى للنزيف ولذلك فأن الطبيب يطلب أولا من المريض إجراء فحص للقولون باشعة

الباريوم ليتأكد من عدم وجود اسباب اخرى للنزيف الشرجى .
واذا كان حجم زوائد القولون كبيرا فانها تظهر بوضوح فى الأشعة ـ ولكنها قد لا تظهر إطلاقا اذا صغر حجمها عن ١ ـ ٢ سم .

....

● منظار القولون :

علاج لنزيف الزوائد :

بعد إستخدام المناظير كأسلوب حديث فى تشخيص أمراض الجهاز الهضمى ، أصبح لمنظار القولون اهمية قصوى فى تشخيص وعلاج الزوائد القولونية وذلك للأسباب التالية :

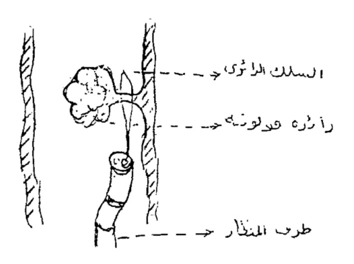
— يستطيع الطبيب باستخدام المنظار ان يؤكد أو ينفى وجود الزوائد التى ظهرت فى الاشعة ـ لأننا نلاحظ فى بعض الاحيان أن ما يظهر على شكل زوائد ما هو الا بقايا من مواد برازية .

— يكتشف المنظار الزوائد التى قد لا تظهر فى الأشعة ـ خاصة اذا كانت صغيرة فى الحجم حيث تصل نسبة عدم إكتشافها فى هذه الحالات الى أكثر من ٥٠٪ .

— إستئصال الزوائد بالمنظار ويتم ذلك بواسطة إدخال جفت مصنوع من السلك على شكل حلقة دائرية يستطيع الطبيب بواسطتها ان يحيط بالزائدة ثم يتبع ذلك تمرير تيار كهربى قاطع لتنفصل الزائدة عن الغشاء المخاطى وتسقط فى تجويف القولون . ويقوم الطبيب بعد ذلك بإمساكها بواسطة جفت خاص يجذبها به الى الخارج عن طريق فتحة الشرج وترسل للفحص الباثولوجى لمعرفة نوعيتها ـ وتتكرر نفس العملية لازالة كل الزوائد الموجودة بالقولون الواحدة تلو الأخرى . . (كما بالرسم) .

وهكذا أصبح من المتاح الآن ـ بعد إستخدام المناظير شفاء المريض من النزيف الناتج عن وجود الزوائد بدون اللجوء للجراحة . . وحقق

القولون المستعرض
القولون الصاعد
القولون النازل
نهاية الأمعاء الدقيقة
الزائدة الدودية
المستقيم
فتحة الشرج



إستئصال الزوائد القولونية بالمنظار

هذا الاستخدام العلاجى لمنظار القولون الشفاء بطريقة سهلة وأكيدة لم يعرفها الطب من قبل .

● المنظار وزوائد القولون السرطانية :

توجد أنواع كثيرة من زوائد القولون التى تؤى الى النزيف ـ منها الزوائد التى تصيب الأطفال أو صغار السن والزوائد الناتجة عن إصابة المريض بمرض البلهارسيا القولونية . . ولكن هناك نوعا واحدا منها فقط له خطورة وأهمية خاصة ـ وهى الزوائد التى نطلق عليها اسم « الزوائد الغددية » وخطورة هذا النوع هى أنها اذا تركت بدون إستئصال فانها تتحول الى ورم سرطانى . . اما اذا تم استئصالها فأن هذا المريض يشفى تماما من هذا الاحتمال الخطير . ولذلك يعتبر الأطباء أن « منظار القولون العلاجى » أصبح يلعب الأن دورا هاما للغاية فى هذا المجال :

● الاكتشاف المبكر للزوائد الغددية وإستئصالها للوقاية من حدوث ورم سرطانى بها .

● شفاء المريض المصاب بالزوائد التى تحولت الى ورم سرطانى بدون اللجوء للجراحة ـ وثبت من الاحصائيات الطبية ان نسبة الشفاء التام بالمنظار تصل إلى ٩٠٪ فى مثل هذه الحالات . . وتنخفض النسبة الى ٤٠٪ فقط اذا وجد الطبيب ان الورم السرطانى قد إنتشر من الزوائد السرطانية الى جدار القولون .

● المتابعة الدورية للحالات التى تم فيها إستئصال « زوائد غددية » أو « زوائد سرطانية » للتأكد من عدم تكونها مرة أخرى . وفى المتوسط يطلب الطبيب من مريضه إعادة الكشف بالمنظار مرة كل سنتين .

● فى بعض العائلات تلاحظ أن نسبة الاصابة بسرطان القولون عالية لعوامل وراثية . وفى هذه الحالات نرى أن الكشف بمنظار القولون ـ بعد سن الأربعين ـ ضرورى . وذلك لاكتشاف الزوائد وإستئصالها فى وقت مبكر للوقاية من سرطان القولون .

● أسباب أخرى للنزيف الشرجى :

بالاضافة للبواسير والزوائد القولونية بانواعها وسرطان القولون هناك ثلاثة أسباب رئيسية أخرى لمرض القولون والنزيف الشرجى وهى :

● الجيوب أو ـ الكهوف ـ القولونية .

● إلتهاب القولون التقرحى .

● مرض « كرون » نسبة لاسم الطبيب الذى إكتشفه . ولا يعلم الطب للآن السبب فى حدوث هذه الأمراض . ويعتمد الطبيب على الحالة الاكلينكية للمريض ونتائج الفحوص والأشعة فى تشخيص هذه الأمراض . ولكن استخدام منظار القولون فى هذه الأمراض هو بلا شك إضافة هامة للغاية حيث أنه :

● يؤكد نوع الاصابة وسبب النزيف .

● يتيح الفرصة لأخذ العينات من المكان المصاب للتاكد من نوعية المرض .

● نتابع به حالة المريض وخطة العلاج سواء قبل او بعد العلاج الدوائى أو الجراحى .

....

مما سبق ، نرى ان منظار القولون واستخداماته فى التشخيص والعلاج يمثل الآن إضافة هامة لا غنى عنها لاكتشاف امراض القولون بانواعها المختلفة مما يتيح الفرصة للعلاج والشفاء .



● ● خـاتمـة ● ●

حاولت فى هذا الكتاب قدر المستطاع أن أنقل للقارىء صورة حية لما أمكن تحقيقه من تقدم مذهل فى طب الجهاز الهضمى كنتيجة لتطور العلوم الطبية واستخدام الوسائل التكنولوجيـة الحديثـة فى التشخيص والعلاج . ولم يكن هدفى على الاطلاق تغطية أمراض الجهاز الهضمى ككل . فهذا الكتاب ليس مرجعا طبيا . ولكنى قصدت فى المقام الأول أن يكون القارىء على دراية ومعرفة بما يجرى حوله من تقدم بمفاهيم عصر العلم ، الذى هو سمة هذا العصر الذى نعيش فيه .

ولذلك أرجو قبول عذرى ان كنت قد قصرت فى تلبية رغبة البعض بعدم تعرضى لكل ما قد يدور فى أذهانهم ، والتمس فى ذلك العذر مرة أخرى . . فصفحات هذا الكتاب محسوبة .

. وختاما أقدم خالص شكرى وامتنانى لمن علمنى وأمدنى بزاد لا ينضب من الحماس والعطاء ـ لمن أدين له بكل الفضل . . « مريضى » . . مع أطيب تمنياتى له بالشفاء .

● مصطفى المنيلاوى



فيتولين
سمن نباتى
SBAA. Sami Belal
أطباق
أش
وال
سمن
نباتى
فيتولين
شركة الاسكندرية للزيوت والصابون
٥٠ قرشا